

ВО ВЛАСТИ ПЕРЕМЕНЧИВЫХ ЭМОЦИЙ

МАНИЯ И ДЕПРЕССИЯ

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО

**Справочник для пациентов
и их родственников**

Рита Бауэр, Михаэль Бауэр, Ульрике Шэфер, Фолькер Мельфельд, Мартин Кольбе



КРЕАТИВНАЯ СТОРОНА БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

В данной брошюре собраны исключительно работы художников с биполярным расстройством. Информацию об авторах используемых иллюстраций можно найти на странице 58.

Выражаем огромную благодарность всем художникам и фотографам за предоставленные работы!

СПРАВОЧНИК DGBS, 3-Е ИЗДАНИЕ 2017 ГОДА

АВТОРЫ	Рита Бауэр, Михаэль Бауэр, Ульрике Шэфер, Фолькер Мельфельд, Мартин Кольбе
ИЗДАТЕЛЬ	Немецкое общество биполярных расстройств (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.)
🏠 Адрес	DGBS Психиатрическая клиника Хайнрих-Хоффманн-Штр. 10 60528 Франкфурт-на-Майне, Германия
☎ Телефон	069 630 184 398
✉ Эл. почта	info@dgbs.de
🌐 Интернет	www.dgbs.de

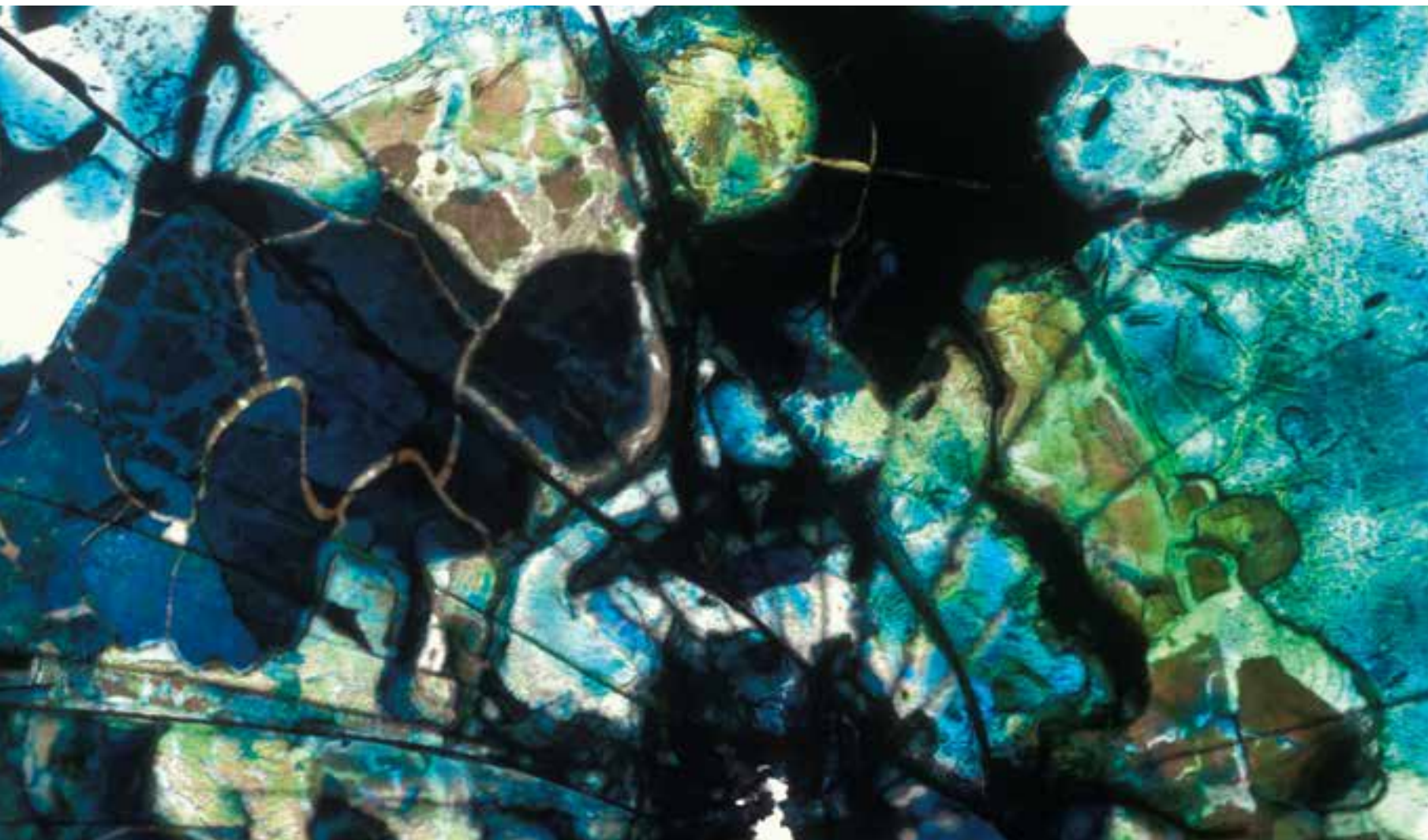
1-й председатель Немецкого общества биполярных расстройств: проф. д-р мед. Мартин Шэфер, Эссен
Реестр объединений: участковый суд г. Фрайбург-им-Брайсгау Регистрационный номер объединения: VR 3310

Макет и набор текста: Селина Петерсон | www.selina-peterson.de

ПРИМЕЧАНИЕ Исследования в области медицины продолжаются, клинический опыт накапливается, поэтому указанная в данной брошюре информация по лечению и, в частности, по медикаментозной терапии соответствует состоянию имеющихся научных данных на момент издания брошюры. Ни авторы, ни издатель не несут ответственности за информацию о дозировках и формах применения. Консультации по лекарственным препаратам, их дозировкам и соблюдению противопоказаний в принципе являются задачей лечащего врача. Авторские права защищены. Любое использование вне рамок Закона об авторских правах без согласия авторов и издателя запрещено.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	05
ЧТО ТАКОЕ БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО?	07
ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	08
ТЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА И ЕГО ФОРМЫ	10
ПРИЗНАКИ (СИМПТОМЫ) БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА	12
Симптомы депрессии	12
Симптомы мании.....	17
Симптомы смешанного эпизода	19
ИССЛЕДОВАНИЕ (ДИАГНОСТИКА)	20
Какие заболевания могут сопутствовать биполярному расстройству?	22
ЛЕЧЕНИЕ (ТЕРАПИЯ) БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА	24
Медикаментозное лечение мании	27
Медикаментозное лечение биполярной депрессии	30
Медикаментозное лечение маниакально-депрессивных смешанных состояний	32
Превентивные меры (профилактика рецидивов)	32
Психотерапия и психообразование	34
Дополнительные стратегии лечения	36
Образ жизни – питание и спорт	38
Амбулаторное или стационарное лечение?	40
АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	41
САМОПОМОЩЬ И ТРИАЛОГ	43
КАКУЮ ПОДДЕРЖКУ МОГУТ ОКАЗАТЬ РОДСТВЕННИКИ?	46
ДЕТИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	48
Рекомендуемая литература	50
Адреса	53
Цели и этапы развития общества DGBS	54
Знаете ли вы о... ..	56
Заявка на вступление в общество	57
Список художников	58



ПРЕДИСЛОВИЕ

Биполярное аффективное расстройство, известное ранее как маниакально-депрессивный психоз и называемое в данной брошюре кратко биполярное расстройство, протекает в виде эпизодов (фаз) и может привести к существенному ухудшению качества жизни, в частности, психосоциального развития, поэтому очень важны ранняя диагностика данного заболевания и своевременное начало лечения. Часто заболевание начинается в молодом возрасте, в период, когда люди предпринимают важные шаги для дальнейшего планирования своей жизни (например, получение образования). Заболевание отрицательно влияет не только на самого пациента, но и на всю его семью.

Важно распознать первые признаки заболевания, чтобы своевременно принять необходимые меры. С одной стороны, важное значение имеют стратегии лечения медикаментозного характера, с другой стороны – психотерапевтического.

Чем лучше пациент и его близкие проинформированы о заболевании и его особенностях, тем эффективнее будет проходить лечение. Данный справочник призван помочь своевременно распознать симптомы заболевания и получить информацию о важных терапевтических стратегиях. Наряду с медикаментозным лечением во время острой фазы следует принимать лекарства и в профилактических целях (превентивно), чтобы предотвратить повторные эпизоды заболевания. Это также означает, что пациент и его близкие должны быть в высшей степени готовности к сотрудничеству с врачом. Данный краткий справочник предназначен для получения первичной базовой информации. Но, разумеется, он все же не может заменить консультацию лечащего врача.

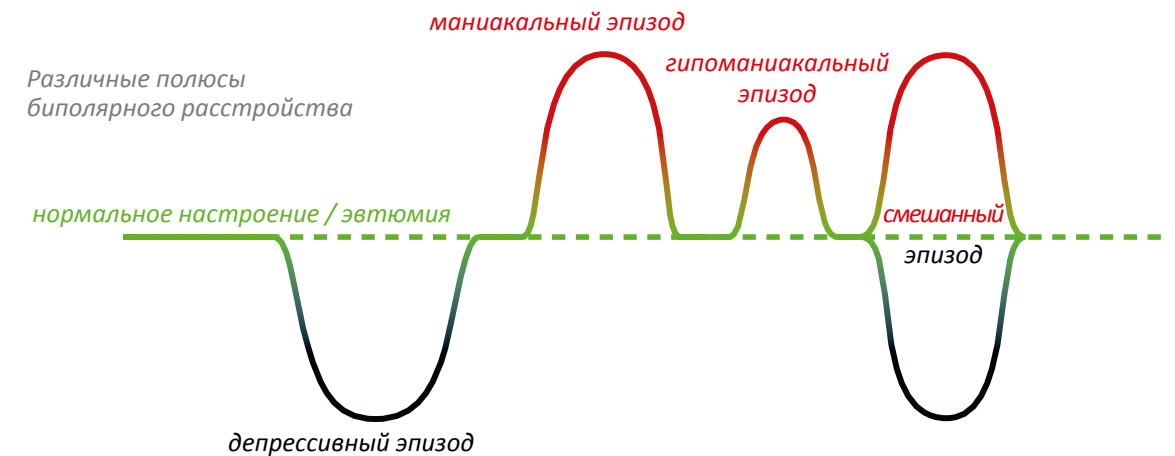
Немецкое общество биполярных расстройств (DGBS; www.dgbs.de) было создано в качестве некоммерческого объединения, задачей которого является обмен опытом между профессионалами, пациентами, родственниками пациентов, а также всеми, кто имеет отношение к сфере здравоохранения. Целью общества DGBS является, кроме всего прочего, привлечение внимания к потребностям людей с биполярным расстройством в обществе и политике, а также оказание поддержки в области самопомощи, повышения квалификации и научных исследований. Заранее благодарим за замечания и предложения.

ЧТО ТАКОЕ БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО?

При биполярном расстройстве возникает несколько, иногда очень много эпизодов, когда настроение и уровень активности значительно падают. Могут возникать эпизоды, характеризующиеся приподнятым настроением, повышенным возбуждением и усиленной активностью (мания), но также и эпизоды с ухудшением настроения, заторможенностью и снижением активности (депрессия).

Таким образом, возможны два совершенно противоположных типа настроения: с одной стороны, это эйфорическое состояние, которое можно описать как «на седьмом небе от счастья», с другой стороны, депрессивное, подавленное состояние «глубокой печали». Состояние пациентов характеризуется переменчивостью эмоций.

Эти колебания настроения могут быть выражены настолько сильно, что обычная повседневная жизнь становится практически невозможной. Наряду с такими сильными перепадами настроения и вызванными этим изменениями в поведении и мышлении, возможны также более мягкие, не так ярко выраженные перемены. Кроме того, могут наблюдаться фазы, когда проявляются как маниакальные, так и депрессивные симптомы (так называемые смешанные эпизоды).



ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Как правило, это совокупность различных факторов, которые тесно взаимодействуют друг с другом. **При этом, с одной стороны, важно назвать наследственные (генетические) факторы, с другой стороны, психосоциальные факторы, в частности, стресс. Таким образом, основной причиной заболевания является совокупность биологических и психосоциальных факторов.**

При маниакально-депрессивном психозе выражен генетический компонент. Здесь следует обратить внимание на тот факт, что предрасположенность или, другими словами, склонность к этому заболеванию передается по наследству. И все же маниакально-депрессивный психоз не является наследственным заболеванием в прямом смысле слова, то есть за развитие заболевания отвечает не один единственный дефектный ген. Тем не менее генетические факторы играют большую роль, ведь сегодня считается, что в процессе возникновения заболевания участвует множество генов (вероятно, более 100 – исследования в этой области еще продолжаются). Примерно у 50 % всех пациентов с биполярным расстройством есть родственники, которые тоже страдают этим заболеванием. Вероятность наличия биполярного расстройства у одного из однояйцевых близнецов (т. е. генетически абсолютно одинаковых близнецов) составляет от 60 до 80 % в том случае, если другой страдает этим недугом. У разнояйцевых близнецов вероятность заболевания при таких условиях составляет около 20 %. Как показывают семейные исследования, научные исследования близнецов и усыновленных детей, риск развития заболевания у родственников первой степени (например, у детей пациентов с биполярным расстройством) повышен. Но у этих родственников первой степени повышен риск заболевания не только биполярным расстройством, но и униполярной депрессией или другими психическими заболеваниями, например, тревожным расстройством или алкогольной и/или наркотической зависимостью.

Биполярное расстройство не является «классическим» наследственным заболеванием, то есть нельзя с уверенностью сказать, что ребенок пациента с биполярным расстройством с большой вероятностью заболеет этим заболеванием. Всегда следует учитывать и другие факторы, в частности, факторы внешней среды. Каким образом окружающая среда и гены влияют друг на друга, в настоящее время по большей части пока неизвестно. До сих пор считалось, что генетическая предрасположенность к биполярному расстройству обусловлена не одним единственным геном, а определенным генетическим рисунком и его гармоничностью. В частности, следует предполагать изменения в генах, которые связаны с метаболизмом нейромедиаторов (нейротрансмиттеров). Нейротрансмиттеры представляют собой химические нейромедиаторы, которые участвуют в проведении нервных импульсов в головной мозг. У пациентов с биполярным расстройством

в фазах заболевания отмечаются изменения этих нейротрансмиттеров. Нейромедиаторы служат для коммуникации между клетками. Во время депрессии задействуются в основном нейромедиаторы норадреналин и серотонин, во время маниакальных эпизодов отмечается скорее повышение дофамина и норадреналина.

Предполагается, что другие биологические нарушения при биполярном расстройстве связаны с кальциевыми ионными каналами, по которым происходит клеточный обмен кальция, и вследствие этого может быть нарушена передача определенной информации. Другими биологическими факторами являются нейроэндокринологические данные, которые предполагают дисбаланс в гормонорегулируемых областях головного мозга (гипоталамус и гипофиз), а также в коре надпочечников и щитовидной железе. Таким образом, например, у пациентов с маниакальной формой или со смешанным эпизодом биполярного расстройства обнаруживается повышенная концентрация кортизола.

Наряду с биологическими факторами решающее значение имеют триггерные факторы. В первую очередь следует упомянуть стресс как важный фактор, провоцирующий развитие биполярного расстройства. Сложные жизненные обстоятельства или ситуации, которые человек переживает как огромный стресс, могут стать триггером для биполярного расстройства. К примеру, это могут быть расставание, развод, смерть близкого человека, но также сюда относятся и кардинальные перемены в жизни, которые в принципе не несут негативной окраски, например, брак, переезд, выход на пенсию. Эпизоды заболевания могут проявиться после стрессовых периодов и ситуаций в жизни, например, после сданного экзамена. Часто случается так, что первому эпизоду заболевания предшествует огромная стрессовая нагрузка, в то время как последующие фазы заболевания реже связаны с предшествующим стрессом (так называемый киндлинг-эффект). Часто нарушения ритма сна и бодрствования, и особенно недостаток сна, могут вызывать эпизоды заболевания. Кроме того, триггерами могут быть и другие психосоциальные факторы, а также чрезмерное употребление алкоголя и/или наркотиков.

В заключение следует отметить, что причина возникновения биполярного расстройства не одна; это может быть совокупность как биологических, в данном случае, прежде всего, генетических факторов, так и факторов внешней среды, в частности, стрессовых ситуаций. Можно исходить из так называемой модели «уязвимость-стресс»; под этим подразумевается тесная взаимосвязь генетических особенностей и предрасположенности к развитию биполярного расстройства. Тем не менее заболевание появляется только тогда, когда неблагоприятные жизненные обстоятельства приводят к возникновению существенной стрессовой ситуации, и тогда при наличии уязвимости (восприимчивости головного мозга к определенным стрессовым факторам) развивается само заболевание. Понимание этой модели «уязвимость-стресс» может помочь больным людям научиться влиять на свое заболевание, а именно пытаться самостоятельно распознавать свои индивидуальные стрессовые факторы и минимизировать их.

ТЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА И ЕГО ФОРМЫ

Биполярное расстройство характеризуется появлением так называемых эпизодов, которые выражаются в форме мании, депрессии, гипомании (легкая мания) или маниакально-депрессивных смешанных состояний и проходят поэтапно. Переменчивость типична для всех аффективных расстройств, включая биполярное расстройство. Между отдельными эпизодами могут быть совершенно нормальные «безболезненные» периоды, когда пациентов ничего не беспокоит. С возрастом продолжительность бессимптомных периодов сокращается, а количество эпизодов может увеличиваться. Чтобы этого избежать, в целях профилактики необходимо принимать медикаменты.

Биполярное расстройство у большинства пациентов впервые проявляется в подростковом возрасте или в молодости. Этот момент имеет очень большое значение, поскольку заболевание начинается в период, когда человек принимает множество важных решений в своей жизни, например, по поводу окончания школы и получения образования. Но часто заболевание не удается распознать в молодом возрасте, перепады настроения неверно расцениваются как возрастные «подростковые колебания настроения». Позже, по прошествии времени, только на более поздних стадиях заболевания, удастся трактовать те начальные изменения верно. При первом появлении депрессивного эпизода отнести его к биполярному расстройству еще невозможно, это возможно сделать только в процессе развития заболевания, когда появляются эпизоды мании и гипомании. И только тогда можно диагностировать биполярное расстройство.

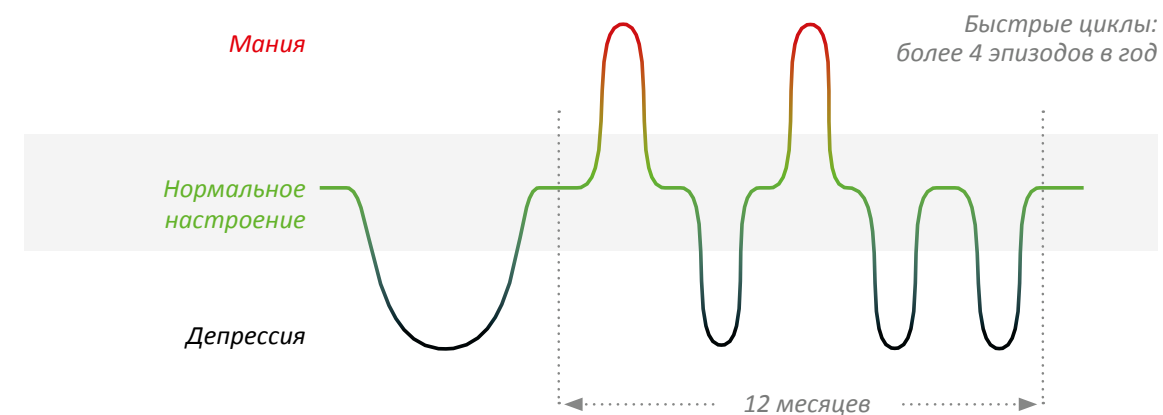
Как показывают данные последующих наблюдений, в случае тяжелых депрессивных эпизодов в детском и юношеском возрасте существует повышенный риск рецидивов. Как известно из исследований, чем в более раннем возрасте проявляется заболевание, тем чаще возникают его эпизоды, например, несколько раз в год, или возникают очень частые и ярко выраженные эпизоды (также с сопутствующими психотическими признаками), если отдельный эпизод длится очень долго, если наблюдается неполная регрессия симптомов, если дополнительно присоединяются тяжелые физические болезни или другие сопутствующие психические заболевания (например, зависимость или тревожное расстройство) или возникают мысли о суициде либо предпринимаются попытки самоубийства, тем более неблагоприятен прогноз течения данного заболевания.



Выделяют несколько групп, классифицируемых по форме течения заболевания:

биполярное расстройство I типа, при котором повторяются и маниакальные, и депрессивные эпизоды, **биполярное расстройство II типа** с депрессивными эпизодами и исключительно гипоманиакальными эпизодами (без эпизодов мании).

Особой формой биполярного расстройства являются **«быстрые циклы»**. Под этим понимают такое течение заболевания, при котором отмечаются быстрые смены фаз или не менее 4 эпизодов депрессии или мании за прошедший год. Еще одной формой протекания заболевания являются «смешанные» эпизоды, когда одновременно возникают как симптомы депрессии, так и симптомы мании или гипомании. Эти симптомы могут меняться каждый день или каждый час.



Кроме того, выделяют различные фазы лечения. С одной стороны, это острая фаза заболевания (либо с депрессивными, либо с маниакальными, либо со смешанными симптомами), с другой стороны, это фаза ремиссии, то есть регрессия симптомов заболевания. Без лечения депрессивный эпизод длится примерно от 3 до 6 месяцев, маниакальный эпизод – от 2 до 4 месяцев (Это средние значения! В отдельных случаях они могут существенно отличаться). За этим следует профилактика рецидива или длительный период терапии, который связан с профилактикой новых эпизодов заболевания в будущем.

Таким образом, биполярное расстройство характеризуется повторяющимися эпизодами депрессии или мании. Отсутствие лечения со временем может привести к учащающимся депрессивным и маниакальным фазам. Своевременное лечение, с одной стороны, купирует острые симптомы, с другой стороны, предупреждает или, по крайней мере, смягчает повторные эпизоды заболевания.

ПРИЗНАКИ (СИМПТОМЫ) БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

Симптомы депрессии

Основными признаками депрессии являются подавленность, сопровождаемая тоской, грустью, тревогой, сомнениями, безрадостностью, состоянием несчастья, ощущениями пустоты и отсутствия эмоций, неспособностью наслаждаться жизнью и безнадежностью. Кроме того, наблюдается снижение уверенности в себе, сопровождающееся чувством неполноценности, самоуничижения, вины и провала. Также наблюдается снижение энергичности и активности, сопровождающееся незаинтересованностью, пассивностью, нерешительностью, замедлением движений и внутренним беспокойством.

Далее возникают нарушения мышления и речи, которые сопровождаются замедленными или затрудненными мыслительными способностями, отсутствием идей, долгими раздумьями, нарушениями концентрации и внимания, проблемами с памятью и нарушением способности запоминания, тихой и замедленной речью, неразговорчивостью, повторением одних и тех же речей депрессивного содержания, а также постоянными жалобами с оттенком отчаяния (прежде всего, у пожилых пациентов). Физические симптомы в рамках депрессивного эпизода могут быть очень разнообразными: чувство усталости и полного утомления, отсутствие сил, повышенная потребность в покое, потеря либидо, а также нарушения засыпания и структуры сна, ранний подъем или повышенная потребность во сне. С одной стороны, отмечается снижение аппетита и потеря веса, с другой стороны, может наблюдаться и увеличение аппетита и набор веса. Во время депрессии люди ведут себя очень замкнуто, у них нет настроения встречаться с другими людьми, чем-то заниматься, они избегают веселых компаний.



КЛАССИФИКАЦИЯ В СООТВЕТСТВИИ С МКБ-10

(Международная система классификации психических расстройств, Всемирная организация здравоохранения)

а) легкая форма (F32.0): не менее 2 основных и 2 дополнительных симптомов

б) средняя форма (F32.1): не менее 2 основных и 3–4 дополнительных симптомов

в) тяжелая форма; без/с психотическими симптомами (F32.2 / F32.3): все 3 основных и не менее 4 дополнительных симптомов, некоторые из них тяжелые
Минимальная продолжительность эпизода: около 2 недель

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ:

- депрессивное настроение
- потеря интереса, безрадостность
- снижение энергичности, повышенная утомляемость

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ:

- снижение концентрации и внимания
- снижение самооценки и уверенности в себе
- чувство вины и никчемности
- негативные и пессимистические перспективы
- суицидальные мысли и поступки
- нарушения сна
- снижение аппетита





Ведущие симптомы депрессии

- подавленное настроение
- снижение энергичности
- внутреннее беспокойство
- отсутствие радости или интереса
- повышенная утомляемость
- заниженная самооценка
- упреки самому себе
- мысли о смерти или самоубийстве
- физические симптомы (боли)
- нарушения сна
- нарушения аппетита

Во время тяжелых депрессивных эпизодов могут возникать психотические симптомы, такие как бред обнищания, бред греховности и бред самообвинения. Кроме того, может появиться ипохондрический бред о неизлечимом заболевании.

Таким образом, многогранные жалобы при депрессии характеризуются тем, что они затрагивают все уровни человеческого существования:

уровень **впечатлений и чувств** (грусть, подавленность, безрадостность),
уровень **мышления** (негативные мысли, воображения катастроф, нарушения концентрации),
уровень **поведения и энергичности** (социальная замкнутость и инактивность) и
уровень **тела** (беспокойство, нарушения сна, боли, нарушения аппетита).

Важно своевременно распознать ранние сигналы депрессивного эпизода. Ранние сигналы всегда индивидуальны и часто являются предвестниками нового эпизода. Важно, чтобы пациент или его близкие могли своевременно заметить эти сигналы и принять соответствующие терапевтические меры. Ранними сигналами приближающейся депрессии могут быть, к примеру: ухудшение настроения на несколько часов, например, по утрам снижение активности, проблемы с концентрацией, быстрая утомляемость, легкая забывчивость, боли, беспокойный сон, снижение интереса к хобби и встречам с другими людьми, проблемы с мотивацией, быстрая раздражительность, а также усиленная тревожность.

Особой проблемой в рамках тяжелых депрессивных эпизодов является **суицидальность** (мысли о самоубийстве или попытки самоубийства). Сигналами имеющейся опасности совершения суицида являются повышенная замкнутость, запущенность, дискуссии о смерти и методах суицида, повышенное употребление алкоголя и наркотиков. В принципе, все высказывания на суицидальные темы следует воспринимать серьезно! Большим заблуждением является распространенное мнение – «кто об этом говорит, никогда этого не совершит». Большинство людей, совершивших попытки суицида, ранее об этом говорили. Еще одним неверным убеждением является то, что человек таким образом хочет привлечь к себе внимание – но в действительности такое случается очень редко. Часто попытка совершения суицида оказывается завершением длительного периода депрессии, которая не была своевременно распознана и не лечилась.

Когда бы ни появились суицидальные идеи или намерения совершить самоубийство, незамедлительно следует прибегнуть к помощи специалистов!



СИМПТОМЫ МАНИИ

В рамках мании возникают эйфорические состояния, выраженное, чрезмерное веселье, заносчивость, некритический оптимизм, чрезмерная тяга к удовольствиям, раскованность и отсутствие чувства дистанции. Но нередки случаи и дисфорического настроения с легкой раздражительностью, нетерпением, негодованием и задиристостью. Повышается самооценка, возникает переоценка своих возможностей и способностей, ощущение величия, превосходства и правоты. Энергичность и активность повышаются вместе со стремлением к занятости и непоседливостью. Человек начинает множество разных дел и не доводит их до конца, речь и мышление ускорены, отвлекаемость повышена, отмечается бесконтрольный поток мыслей. Возникают нереальные планы, отмечается громкая и быстрая речь. На физическом уровне наблюдается повышенная энергичность, преувеличенное ощущение собственной силы, значительно снижена потребность в отдыхе и сне, увеличено сексуальное влечение, характеризующееся повышенным либидо и возможной раскованностью, а также быстрым завязыванием контактов. Пациенты в состоянии маниакального эпизода ведут себя чрезмерно весело и предприимчиво, часто неосторожно, не могут реалистично оценивать опасность, склонны к транжирству и разврату, принимают необдуманные решения, вызывая себе ведут себя в общественных местах, провоцируют конфликты и скандалы, могут вести себя агрессивно.

При выраженной маниакальной симптоматике могут возникать психотические проявления. При этом часто возникает мания величия, религиозный или любовный бред. В тяжелых случаях может возникнуть обман восприятия (например, галлюцинации) как оптического, так и акустического характера.

Чаще всего маниакальный пациент не признает своего заболевания, он чувствует себя «здоровым как никогда» и считает, что он находится «в наилучшей форме». В большинстве случаев у пациентов также отсутствует понимание необходимости лечения.

Таким образом, важнейшими маниакальными симптомами являются: **повышение самооценки, грандиозные идеи, повышенная работоспособность, отсутствие ощущения дистанции и сдерживающего начала, повышение активности спонтанных влечений, патологическая болтливость, повышенная готовность идти на риск, отвлекаемость, нарушения концентрации и внимания, сниженная потребность во сне с сокращением длительности сна и повышение половой активности.**

Ведущие симптомы мании

- приподнятое настроение без причины, отчасти раздраженность
- беспрестанная активность и беспокойство
- сниженная потребность во сне
- патологическая болтливость
- потеря социальных барьеров
- заниженная самооценка
- неконтролируемое обращение с деньгами и наркотическими средствами
- поток мыслей
- завышенная самооценка
- постоянная смена деятельности
- безрассудно смелое или бесцеремонное поведение



Если симптомы мании выражены не так ярко и длятся недолго, тогда мы говорим о «гипомании» (легкая форма мании). Часто в течение нескольких дней или недель у пациента отмечается слегка приподнятое настроение, когда он замечает у себя повышенный заряд физической энергии и умственной работоспособности.

Гипомания является слабой формой мании, однако, чаще всего пациенты социально адаптированы и в достаточной мере могут держать себя под контролем.

В фазе гипомании психотических симптомов не наблюдается. Пациенты часто и сами не замечают, что у них имеется гипомания, потому что им это состояние приятно. Но близкие родственники воспринимают симптомы гипомании чаще всего как нарушения и замечают признаки заболевания, как правило, намного раньше самого пациента.

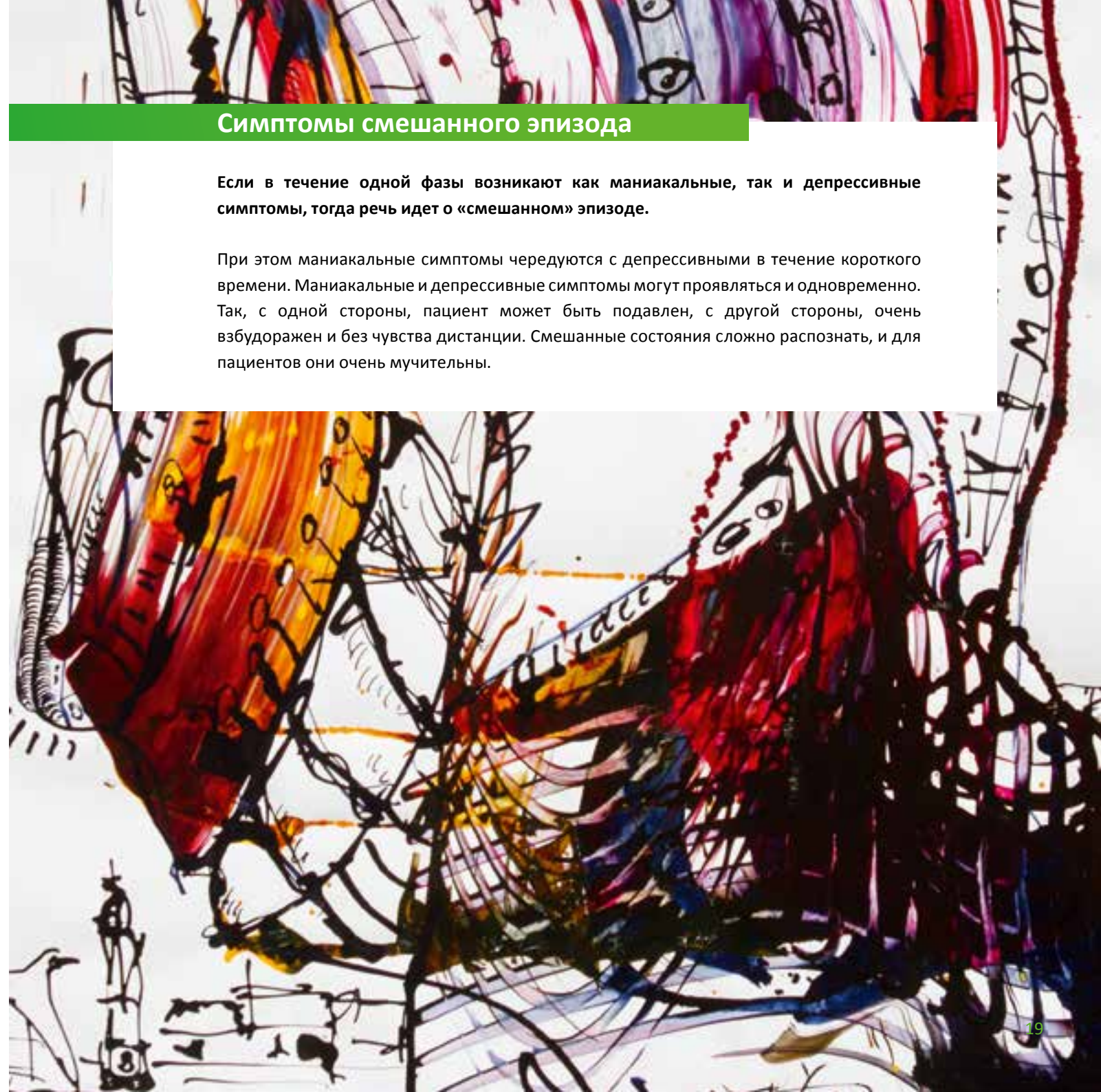
Ранними сигналами гипомании или мании могут быть чрезмерная активность, сопровождающаяся беспокойством и повышенной суетливостью, сниженная потребность во сне, повышенная патологическая болтливость, повышенная потребность в общении, отвлекаемость и проблемы с концентрацией, а также повышенная раздражительность. Как и ранние сигналы депрессии, ранние сигналы мании тоже очень индивидуальны.

Распознавание ранних сигналов важно, чтобы как можно раньше обнаружить начало повторного эпизода заболевания и принять соответствующие терапевтические меры.

Симптомы смешанного эпизода

Если в течение одной фазы возникают как маниакальные, так и депрессивные симптомы, тогда речь идет о «смешанном» эпизоде.

При этом маниакальные симптомы чередуются с депрессивными в течение короткого времени. Маниакальные и депрессивные симптомы могут проявляться и одновременно. Так, с одной стороны, пациент может быть подавлен, с другой стороны, очень взбудоражен и без чувства дистанции. Смешанные состояния сложно распознать, и для пациентов они очень мучительны.



ИССЛЕДОВАНИЕ (ДИАГНОСТИКА)

Никаких лабораторных тестов, которые определили бы или исключили наличие биполярного аффективного расстройства или мании, нет. Постановка диагноза осуществляется на основании наблюдений за поведением пациента, бесед с пациентом и его родственниками, данных по актуальной симптоматике, предыдущим жалобам и фазам заболевания, триггерным факторам и возможным ранним сигналам, а также дополнительным физикальным обследованиям (неврологические и терапевтические обследования). Совокупность этих мероприятий и представляет собой диагностику.

Огромное значение также имеет сбор семейного анамнеза. В первую очередь следует выяснить, известны ли в семье депрессивные или биполярные расстройства, либо возможно у членов семьи имеются другие заболевания, такие как тревожные или аддиктивные расстройства. Особое значение семейному анамнезу придается по причине генетического компонента биполярного расстройства.

Также следует проверить пациента на возможное злоупотребление алкоголем и/или наркотиками. Существуют медикаменты или наркотические вещества, способные вызывать маниакальные и депрессивные симптомы.

Особая сложность состоит в том, что маниакальный пациент не чувствует себя больным и совершенно не видит никакой необходимости посещать врача. Чаще всего обратиться к врачу пациента заставляют близкие люди. И очень хорошо, если они его и сопровождают на прием к врачу, где могут сообщить врачу свои наблюдения за изменениями в поведении пациента. Часто именно ближайшие родственники замечают первые изменения, происходящие с пациентами. Например, у депрессивных пациентов отмечается стремление к социальной замкнутости или постоянные жалобы на физические боли в преддверии эпизода заболевания. Родственники маниакальных пациентов могут сначала замечать повышенное беспокойство, нарушения сна или повышенную активность. В беседе необходимо выяснить депрессивные или маниакальные жалобы пациента, как, например, изменения энергичности, активности, настроения, сна, аппетита, социальных и сексуальных интересов. Также следует уточнить, возникали ли суицидальные идеи или намерения. В дополнение можно использовать опросники для выявления маниакальных или депрессивных симптомов.

Если во время физикальных обследований выявляются какие-то отклонения, то при определенных обстоятельствах следует провести дальнейшие исследования, например, визуализационную диагностику (напр., послойный снимок головного мозга посредством компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии). Также следует провести анализ крови на определение показателей железа, витамина B12 и показателей щитовидной железы, чтобы исключить другие заболевания внутренних органов. Как депрессия, так и мания могут быть следствием заболеваний внутренних органов, которые должны быть исключены. Кроме того, в ходе бесед с пациентом и его родственниками следует выяснить, встречались ли раньше у пациента или отмечаются ли в настоящее время какие-то другие психиатрические заболевания, которые часто сопутствуют биполярному расстройству, такие как, например, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, аддиктивные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности или нарушение пищевого поведения.

Таким образом, диагностика состоит из анамнеза (беседа с пациентом), косвенного анамнеза (беседа с родственниками), сбора семейного анамнеза, наблюдения за поведением пациента, физикального обследования, при необходимости дополнительных медицинских обследований.

Как уже неоднократно отмечалось, биполярное расстройство часто невозможно диагностировать, в том числе, по той причине, что нет точной информации по анамнезу и перенесенным эпизодам заболевания. Поэтому следует еще раз подчеркнуть необходимость ретроспективного выявления возможных симптомов заболевания (отмеченных в прошлом).

При подозрении на наличие биполярного расстройства всегда требуется направление к узкому специалисту (неврологу/психиатру/невропатологу). Если пациенту менее 18 лет, следует обратиться к специалисту по детской и подростковой психиатрии. Лечение только у психотерапевта или психолога нецелесообразно. Психотерапевтическое лечение должен проводить врач-психиатр, имеющий опыт работы с клинической картиной биполярного расстройства.

Вопрос о том, следует ли проводить амбулаторное или стационарное обследование и лечение, рассматривается на странице 40.

Какие заболевания могут сопутствовать биполярному расстройству?

Примерно у половины пациентов с биполярным расстройством дополнительно возникают другие психиатрические заболевания, в частности тревожные или аддитивные расстройства. Эти дополнительные психиатрические заболевания в периоды ремиссии (в отсутствие эпизодов биполярного расстройства) могут быть наиболее выраженными и привести к неверной постановке диагноза. Наряду с тревожными и аддитивными расстройствами также возникают нарушения пищевого поведения или обсессивно-компульсивные расстройства личности, синдром дефицита внимания и гиперактивности и расстройства личности.

Если в период фаз биполярного расстройства появляются психотические симптомы, часто ошибочно диагностируется шизофрения.

Но у биполярных пациентов могут наблюдаться и физические заболевания. Особенно часто встречаются сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ и сахара крови, а также мигрени.



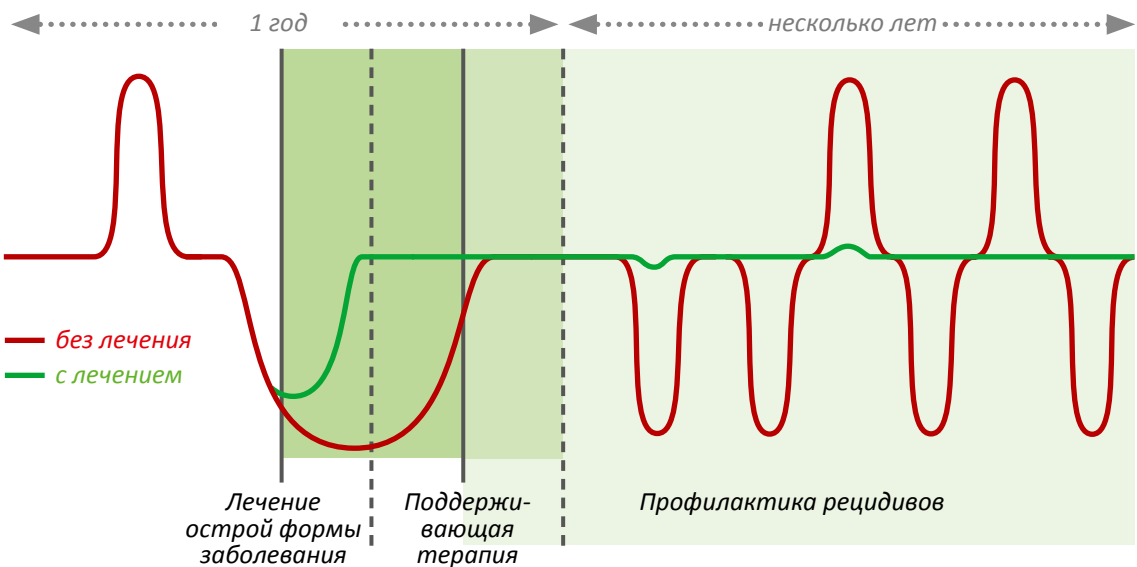
ЛЕЧЕНИЕ (ТЕРАПИЯ) БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

В принципе, каждому пациенту должно быть подобрано индивидуальное лечение, это касается как острых фаз, так и профилактики рецидивов. Лечение всегда состоит из различных терапевтических стратегий, причем одной из важнейших составляющих является медикаментозное лечение. Как правило, подробная информация о клинической картине пациента, течении заболевания и запланированных терапевтических мероприятиях и ее разъяснение необходимы как самому пациенту, так и его ближайшим родственникам.

Целью медикаментозного лечения является нормализация настроения, энергичности и ритма сна и бодрствования, а также предотвращение новых эпизодов заболевания.

Важнейшими составляющими лечения являются психотерапия с вовлечением в процесс ближайших родственников и семьи, а также психосоциальные меры, целью которых является восстановление и сохранение социальной интеграции, способности обучения и получения образования, а также профессиональной трудоспособности.

Стадии лечения



Важное значение имеет информация о том, что биполярное расстройство без необходимого лечения приводит к все чаще повторяющимся эпизодам (рецидивам), а, в частности, при депрессивных эпизодах возникает опасность самоубийства (суицидальность). В связи с этим необходимо предоставить максимально подробную информацию о терапевтических возможностях с целью предотвращения дальнейших эпизодов заболевания (профилактика рецидивов).

В медикаментозном лечении выделяют терапию неотложных состояний, поддерживающую терапию и профилактику рецидивов.

Терапия неотложных состояний призвана купировать острые депрессивные или маниакальные симптомы, это происходит, как правило, с помощью медикаментов и сопутствующих психотерапевтических бесед. Поддерживающая терапия призвана обеспечить отсутствие симптомов и закрепить готовность к дальнейшему медикаментозному лечению. И здесь большое значение имеют продолжение медикаментозного лечения и закрепление психотерапевтических мер. Профилактика рецидивов призвана предупреждать повторное возникновение эпизодов заболевания и предотвращать дальнейшие нарушения психического и социального развития пациента (прежде всего, подростков и молодых людей).

Кроме того, необходимо принятие заболевания как самим пациентом, так и его родственниками. В фазу профилактики рецидивов применяются как прием медикаментов, стабилизирующих настроение, так и психотерапевтические меры. Большую помощь может оказать поддержка в группах самопомощи.

Цели мультимодального лечения		
ТЕРАПИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ	ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ	ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ
<ul style="list-style-type: none">Предотвращение острых депрессивных или маниакальных симптомов	<ul style="list-style-type: none">Обеспечение отсутствия симптомовОбеспечение готовности к медикаментозному лечению	<ul style="list-style-type: none">Предотвращение повторных эпизодовПредотвращение психосоциальных нарушенийПринятие заболевания
<ul style="list-style-type: none">МедикаментыПсихотерапевтические беседыПсихообразование	<ul style="list-style-type: none">МедикаментыПсихотерапия / психообразованиеПланирование реабилитации	<ul style="list-style-type: none">Прием медикаментов, стабилизирующих настроениеПсихотерапия

Медикаментозное лечение мании

Лечение острой мании всегда требует приема медикаментов. Имеется целый ряд различных медикаментов. В каждом случае необходим индивидуальный подбор лекарственного препарата.

Литий

Область применения:

- ✓ для профилактики рецидивов при биполярном расстройстве
- ✓ при острой форме мании и в качестве сопутствующего лечения депрессии
- ✓ в целях предотвращения самоубийства

Важно:

- ✗ предварительные и регулярные контрольные исследования
- ✗ регулярный прием препарата и контроль показателей крови!
- ✗ возможные побочные действия: головокружение, тошнота, диарея, сильная жажда, тремор, акне, набор веса, нарушения щитовидной железы и почек
- ✗ не следует резко отменять препарат!

При эйфорической мании **литий** (например, Quilolum retard®, Нупногex®) считается препаратом первой линии как для лечения острых маниакальных жалоб, так и для предотвращения маниакальных эпизодов. Литий представляет собой элемент, который в природе встречается в виде литиевой соли. Лечение препаратами лития требует точного и регулярного приема. Прежде чем начать лечение препаратами лития, необходимо провести некоторые исследования.

При приеме лития необходимы регулярные контрольные обследования. В частности, требует контроля функция почек и щитовидной железы. На момент начала лечения регулярно проверяется уровень концентрации лития в крови, позже эти контрольные исследования проводятся с большим интервалом. В начале литиевой терапии часто могут наблюдаться такие побочные явления, как тремор рук, усталость, головокружение, тошнота и диарея. Чаще всего эти симптомы в ходе лечения затухают. Концентрация лития в крови при лечении острой мании должна составлять от 1,0 до 1,2 мкмоль/л, концентрация лития при превентивном лечении (профилактика рецидивов) должна составлять от 0,6 до 0,8 мкмоль/л. Если показатель концентрации лития в крови превышает данные значения (например, ввиду слишком высокой дозы приема лития), это может привести к отравлению (интоксикации). Чтобы избежать таких отравлений, всегда следует принимать точную дозу лития, назначенную врачом.



Необходимо регулярное проведение контрольных исследований (примерно 3–4 раза в год), в частности показателей почек и щитовидной железы. При заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой или диареей, когда из организма выводится большое количество электролитов (например, натрия, калия, кальция) и воды, выведение лития задерживается, это может привести к повышенной концентрации лития в крови. Сильное потоотделение может также привести к повышению концентрации лития в крови (отпуск в жарких странах, сауна, повышенная физическая нагрузка). Опасность может представлять диета с низким содержанием поваренной соли. Всегда необходимо следить за достаточным потреблением воды и поваренной соли. Лечение определенными лекарственными средствами (сюда относятся диуретики, обезболивающие препараты, такие как ибупрофен или диклофенак) может также привести к опасным ситуациям. Перед началом приема других медикаментов следует обязательно проконсультироваться с лечащим врачом и уточнить, совместимы ли они с литием. Запрещено самостоятельно внезапно прекращать прием препаратов лития.

Возможной альтернативой литиевой терапии является прием противосудорожных (карбамазепин, вальпроат, ламотриджин) и/или антипсихотических препаратов.

Карбамазепин (например, Tegretal®, Timonil®) представляет собой медикамент, который изначально применялся для лечения судорожных припадков (эпилепсии), но он имеет также и аниманиакальное и профилактическое действие. Здесь также необходим регулярный контроль показателей крови.

Побочными действиями могут быть усталость, неуверенность походки, отсутствие аппетита, тошнота, рвота и аллергические кожные реакции, а также изменения показателей печени и картины крови. Из-за побочных действий карбамазепин является препаратом только второй или третьей линии при неэффективности или непереносимости лития. Карбамазепин также может назначаться в комбинации с литием, хотя при этом могут наблюдаться усиленные побочные явления. В целом, при приеме карбамазепина следует учитывать факт возможного выраженного взаимодействия с другими медикаментами или продуктами питания (например, с соком грейпфрута).

Более современной альтернативой карбамазепину является **вальпроат** (или вальпроевая кислота, например, Ergenyl®, Orfiril®), который применяется как для лечения острой формы мании, так и в период профилактики рецидивов (но только у мужчин). При особой форме биполярного расстройства «быстрые циклы» и в случае неэффективности лития возможной альтернативой является именно вальпроат. Побочными действиями вальпроата могут быть нарушения работы ЖКТ, тремор, усталость, набор веса и выпадение волос, а также повышение показателей печени и изменения картины крови. Кроме того, может возникнуть острое воспаление поджелудочной железы, поэтому при внезапных болях в животе следует подумать о том, что, возможно, это является побочным действием препарата. Необходим регулярный контроль показателей поджелудочной железы.

Еще одной терапевтической опцией в период профилактики рецидивов является противосудорожный препарат

ламотриджин (например, Lamictal®), который лучше всего предотвращает депрессивные эпизоды, но немного хуже маниакальные. Дозировка составляет 200 мг/день, в некоторых случаях до 300 мг/день. При в целом хорошей переносимости иногда могут возникать боли в суставах, головокружения и аллергические кожные реакции. При слишком быстром повышении дозировки (внимательно изучайте информацию о фармацевтическом препарате!) и одновременном приеме вальпроата или карбамазепина могут возникать редкие, опасные для жизни кожные реакции.

Другой альтернативой являются **антипсихотические препараты**, которые применяются для лечения острой формы мании, но также могут использоваться в качестве дополнительного лечения в период профилактики рецидивов с помощью препаратов лития и/или ламотриджина или вальпроата. Благодаря добавлению антипсихотических препаратов эффективность профилактики рецидивов повышается. Новейшими антипсихотическими препаратами (нейролептики «второго поколения» или также называемые «атипичные антипсихотики») являются, к примеру: арипипразол (Abilify®), азенапин (Sycrest®), оланзапин (Zyprexa®), кветиапин (Seroquel®, Seroquel Prolong®), рисперидон (Risperdal®) и zipрасидон (Zeldox®). Эти препараты также могут вызывать различные побочные действия, поэтому при их приеме необходимо проведение соответствующих контрольных исследований.

Медикамент или комбинация медикаментов должны подбираться в каждом случае индивидуально и по согласованию с лечащим врачом.

Медикаментозное лечение биполярной депрессии

Как правило, при лечении биполярного расстройства (депрессивного эпизода в рамках биполярного расстройства) различают медикаментозные и немедикаментозные терапевтические стратегии. Для медикаментозного лечения применяются антидепрессанты, нормотимики (или стабилизаторы настроения от англ. Mood Stabilizer) и атипичные антипсихотики.

Лечение нормотимиками является принципиальной основой медикаментозного лечения биполярного расстройства. При легкой форме депрессии часто бывает достаточно одного лишь стабилизатора настроения.

Лучше всего изучена эффективность **лития и кветиапина** (атипичного антипсихотика). Кветиапин имеет прежде всего антидепрессивный эффект, но также и антиманиакальный. Литий действует как антиманиакально, так и антидепрессивно и является единственным препаратом из всех, используемых при биполярном расстройстве, который имеет «антисуицидальный» эффект, то есть он может свести на нет мысли и намерения совершения суицида (суицидальность). Это особенно важно, поскольку показатель суицидальности у пациентов с биполярным расстройством очень высок. Информация о возможных побочных действиях, контрольных анализах крови и регулярных контрольных исследованиях приведена на страницах 28-29.

Возможной альтернативой лечения биполярной депрессии является противосудорожное лекарственное средство **ламотриджин**. Ламотриджин целесообразно использовать в качестве стабилизатора настроения в период профилактики в том случае, когда необходимо предотвращение новых депрессивных эпизодов. Важно очень медленно повышать дозировку, иначе могут возникнуть опасные аллергические кожные реакции (см. выше).


Таким образом, при наличии биполярной депрессии следует в первую очередь начать лечение кветиапином или нормотимиком (стабилизатором настроения). В случае если этого будет недостаточно, при тяжелых биполярных депрессиях имеет смысл дополнительно провести краткосрочную медикаментозную терапию с применением антидепрессанта.



Нежелательным осложнением при лечении биполярной депрессии антидепрессантами является так называемый риск переключения, когда прием антидепрессанта может вызвать смену депрессивного эпизода маниакальным. Риск переключения особенно высок в случае применения «антидепрессантов старого поколения», таких как, например, трициклические антидепрессанты. Поэтому их желательно избегать и применять селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), например, сертралин или циталопрам/бупропион, риск переключения при которых значительно ниже. Альтернативными антидепрессивными средствами являются так называемые ингибиторы моноаминоксидазы, такие как, например, транилципромин или моклобемид, риск переключения при которых тоже не высок.

Чтобы предотвратить риск возникновения рецидивов, поддерживающая терапия должна проводиться после завершения терапии острого состояния еще в течение не менее шести месяцев. Длительный прием антидепрессантов требуется в том случае, если отмечается повторное появление депрессивных симптомов. Однако недостатком длительного приема антидепрессантов является риск перехода к маниакальному эпизоду.

Информация о психотерапевтическом лечении биполярной депрессии представлена на странице 34.



Медикаментозное лечение маниакально-депрессивных смешанных состояний

Лечение маниакально-депрессивных смешанных состояний представляет собой достаточно сложную задачу, поскольку очень часто смены маниакальных и депрессивных симптомов происходят внутри одного эпизода. По возможности следует отказаться от приема антидепрессантов, поскольку они могут ухудшить состояние. Лучше всего изучено лечение препаратами вальпроат и оланзапин, альтернативным вариантом является карбамазепин. При необходимости может быть применено комбинированное лечение, например, препаратами литий + карбамазепин или литий + вальпроат или карбамазепин + вальпроат или ламотриджин + карбамазепин. Альтернативно возможно использование нормотимиков и антипсихотиков второго поколения, например, литий + кветиапин или оланзапин.

Превентивные меры (профилактика рецидивов)

Как уже неоднократно подчеркивалось, биполярное расстройство представляет собой заболевание с повторяющимися эпизодами, которое сохраняется на всю жизнь и требует длительного фармакологического лечения. При появлении первого тяжелого эпизода или первого эпизода с суицидальной наклонностью, либо при наличии биполярного расстройства в семейном анамнезе следует уже после первой фазы

принять превентивные медикаментозные меры. В других случаях период профилактики рецидивов следует начинать после второго эпизода. Целью длительного лечения является предотвращение повторного проявления депрессивных или маниакальных фаз. Целью профилактики рецидивов наряду с предотвращением повторных фаз заболевания является бессимптомная жизнь пациента в его психосоциальной ситуации (образование, профессиональная деятельность, семейная интеграция). Профилактическое лечение биполярного расстройства является длительным лечением, во многих ситуациях даже пожизненным.

Длительное лечение биполярного расстройства проводится посредством применения нормотимиков (стабилизаторов настроения), таких как литий, карбамазепин, вальпроат и ламотриджин. Дополнительно могут быть назначены антипсихотики второго поколения (атипичные антипсихотики).

Препараты подбираются индивидуально, при этом принимается во внимание, какой медикамент был эффективен во время острой фазы или поддерживающей терапии, либо какой медикамент оказывал положительный эффект у пациента или его родственников с таким же заболеванием, какой медикамент хорошо переносится и достаточно ли он эффективен для предотвращения новых эпизодов. Регулярный, ответственный прием медикаментов требует от пациента принятия своего заболевания. Кроме того, при выборе лекарственного средства следует учитывать, какие еще дополнительные заболевания психического или физического характера имеются у пациента, и есть ли риск совершения суицида.

Золотым стандартом или средством первой линии в лечении биполярного расстройства в период профилактики рецидивов является литий. Он является единственным нормотимиком, который наряду с антиманиакальным и антидепрессивным эффектом, обладает еще и «антисуицидальным» действием. Литий особенно эффективен при типичном маниакально-депрессивном течении заболевания. Его применение требует тщательного соблюдения режима терапии (соблюдение пациентом всех указаний врача при приеме медикамента). Информация о контрольных анализах крови и возможных побочных действиях, а также регулярных контрольных исследованиях, приведена на страницах 28-29.

Альтернативой литию в случае неэффективности или непереносимости может стать вальпроат или карбамазепин, особенно у пациентов с «быстрыми циклами» или маниакально-депрессивными смешанными состояниями. Информация о контрольных исследованиях и возможных побочных действиях приведена на страницах 28-29. В качестве еще одной терапевтической альтернативы для предотвращения депрессивных эпизодов в рамках биполярного расстройства можно назвать препарат ламотриджин. Здесь следует еще раз напомнить о необходимости медленного повышения дозировки, в противном случае могут возникнуть опасные кожные реакции.

В качестве дополнительных медикаментозных стратегий профилактики рецидивов можно отметить прием атипичных антипсихотиков, таких как оланзапин, кветиапин, арипипразол и рисперидон (см. выше). Информация о соответствующих контрольных исследованиях приведена на странице 29.

Психотерапия и психообразование

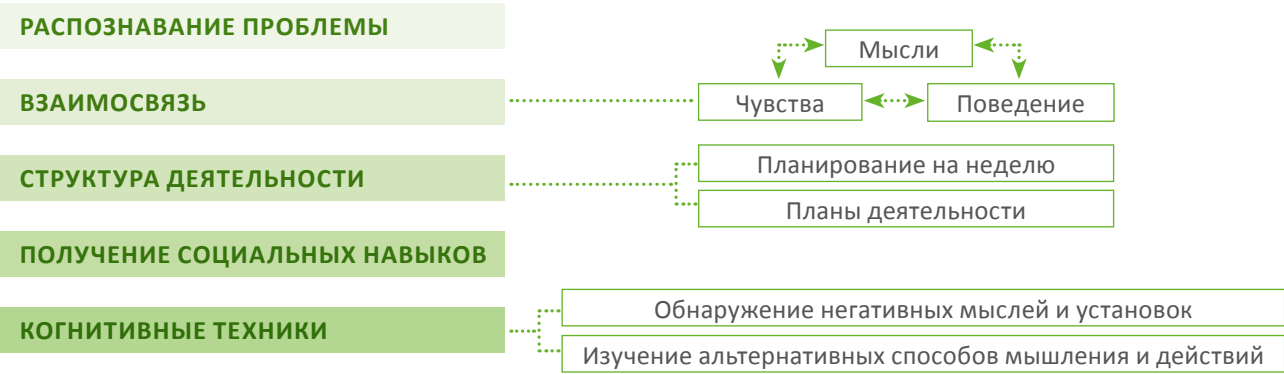
Целью **психотерапии** при биполярном расстройстве является воздействие на различные факторы заболевания, в частности, своевременное распознавание стрессовых факторов и решение эмоциональных проблем заболевания, проработка страхов рецидива, вопросов стигматизации вследствие заболевания, а также социальных последствий и проблем.

Основное внимание уделяется регулированию социальных ритмов (например, регулярное время сна, отсутствие сменной работы, см. ниже). Применяются также различные психотерапевтические подходы, например, межличностная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, а также методы семейной терапии. Стратегии стабилизации, распознавание стрессовых «жизненных событий», устранение нарушений ритмов сна, а также рассмотрение проблематики пожизненного приема медикаментов являются темами различных терапевтических мероприятий.

Очень важно сосредоточиться на стабилизации социальных ритмов жизни. В частности, первостепенное значение имеет стабилизация ритма сна и бодрствования, целью которой является регулярный и достаточный сон. При этом выполняется поиск стрессовых факторов, нарушающих ритм сна, ими могут быть, к примеру, работа по сменам, нерегулярная занятость или давящие дедлайны.

В фазах депрессивной подавленности необходима активация и структурирование дня, а в фазах гипомании или мании – избежание чрезмерной стимуляции за счет снижения возбудимости. Для профилактики важно распознавание ранних сигналов, например, часто предвестником депрессивной фазы выступают нарушения сна.

Фазы поведенческой терапии



В основе психотерапии лежат раннее распознавание индивидуальных сигналов и соответствующие упражнения по самовосприятию. В ходе поведенческой терапии проводится обучение техникам, которые помогают изменить способ мышления и поведения, способствующий возникновению депрессии. Для снижения уровня стресса пациенты также обучаются различным техникам расслабления. Во время семейной терапии наряду с психообразованием и изучением модели «уязвимость-стресс» также обсуждаются методы раннего распознавания сигналов нового эпизода, преимущества соблюдения режима медикаментозной терапии пациентом и снижение стресса благодаря решению конфликтных ситуаций в семье и улучшению семейной коммуникации.

Психообразование дает пациентам и их родственникам информацию о самом заболевании, о различных моделях разъяснения и о стратегиях лечения. Главной задачей является профилактика рецидивов, при этом важное значение имеет принятие пациентом своего заболевания и понимание необходимости превентивного приема медикаментов. Чем лучше пациент и его семья проинформированы о заболевании, тем лучше будет проходить лечение и принятие заболевания.

Проработка факторов стресса и напряжения и возможные стратегии их преодоления тоже являются частью психообразования, как и обучение наблюдению за собой и способность вовремя распознать ранние симптомы и при необходимости принять соответствующие антикризисные меры.

С помощью психотерапии и психообразования возможно добиться у пациента и его семьи лучшего понимания заболевания и снижения стресса, а также научить их стратегиям борьбы с болезнью. Кроме того, с пациентами ведутся беседы о необходимости регулярного приема медикаментов. Дальнейшими темами психотерапевтических бесед являются распорядок дня, планирование фаз деятельности и отдыха, а также изучение методов расслабления. Психотерапия и психообразование призваны дополнить медикаментозную профилактику рецидивов при биполярном расстройстве, чтобы сократить частоту повторных эпизодов и увеличить бессимптомные периоды.

Цели психотерапии и психообразования

- ✓ Восстановление распорядка дня
- ✓ Разработка сбалансированного дневного и ночного ритмов
- ✓ Структура деятельности при депрессии
- ✓ Снижение возбудимости при мании
- ✓ Улучшение социальных компетенций
- ✓ Проработка заболевания (копинг)
- ✓ Распознавание и снижение индивидуальных стрессовых факторов
- ✓ Распознавание триггерных ситуаций для рецидивов

Дополнительные стратегии лечения

Светотерапия

Светотерапия применяется в качестве дополнительной меры в тех случаях, когда речь идет о так называемых сезонных депрессиях.

Это депрессивные фазы, которые возникают в основном в осенне-зимний период. В рамках этих сезонных депрессий наблюдаются характерные симптомы, которые описываются как «атипичные». Это может быть, например, повышенная потребность во сне, неконтролируемое потребление углеводов, повышенный аппетит и набор веса. Пациентам с сезонными колебаниями настроения рекомендуется светотерапия.

При световой интенсивности в 10 000 люкс следует находиться под светом в течение 30 минут, предпочтительно по утрам. В некоторых случаях светотерапия рекомендуется на протяжении всего зимнего периода. Что касается применения светотерапии при лечении биполярных депрессий, на сегодняшний день имеется мало научных исследований. Однако светотерапия вполне может применяться в качестве дополнения к основному лечению.

Лишение сна (терапия бодрствованием)

При депрессиях, как и при биполярных расстройствах, можно рассмотреть применение терапии бодрствованием (принудительное лишение сна).

Особенно хорошо реагируют на лишение сна те пациенты, которые имеют склонность к дневным колебаниям настроения с утренней подавленностью. Однако эффект принудительного лишения сна, как правило, краткосрочен: обычно после ночного сна эффект проходит. Тем не менее эта терапия должна повторяться несколько раз (2-3 раза в неделю).

Пациенты, которые наряду с биполярной депрессией страдают эпилепсией, не могут подвергаться принудительному лишению сна.

Побочными действиями лечения бодрствованием является риск провоцирования маниакального эпизода. В особенности это касается биполярных пациентов с «быстрыми циклами».

Электроконвульсивная терапия (электросудорожная терапия)

Электросудорожная терапия эффективна как при биполярной депрессии, так и при мании.

Она применяется преимущественно при депрессивных эпизодах, которые не поддаются или недостаточно хорошо поддаются купированию посредством психофармакотерапии. Электросудорожная терапия особенно показана при бредовых депрессивных заболеваниях. Кроме того, электросудорожная терапия также рекомендована при выраженных депрессивных эпизодах с отказом от еды и питья.

Эта терапия проводится исключительно в специализированных центрах, которые соответствуют высоким стандартам безопасности и могут вести тщательное наблюдение за пациентами под наркозом. При условии проведения всех необходимых контрольных обследований электросудорожная терапия является безопасным методом лечения.

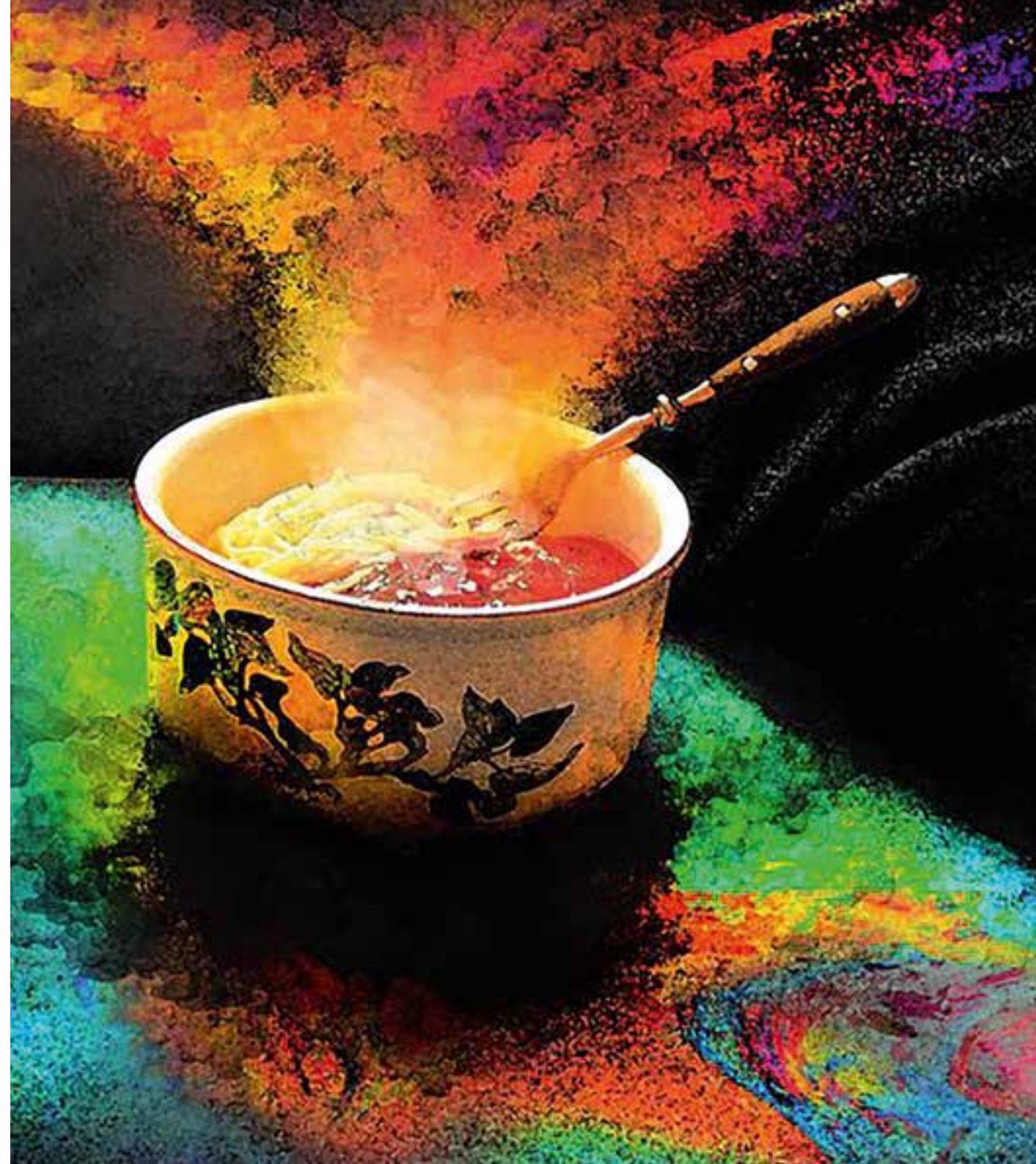
Образ жизни – питание и спорт

Питание и физическая активность оказывают огромное влияние на наше физическое и психическое здоровье. При приеме психотропных средств многие пациенты существенно набирают вес. Кроме того, биполярное расстройство может привести к нарушениям уровня сахара в крови и обмена веществ.

Избыточный вес оказывает негативное влияние не только на самооценку, но и может вызвать серьезные физические проблемы. В особенности высок риск развития сахарного диабета и нарушений сердечно-сосудистой системы, например, гипертонии. Поэтому целесообразно снизить свой индивидуальный риск развития заболеваний посредством правильного питания и регулярной физической нагрузки. Регулярные физические нагрузки не только улучшают физическое здоровье, но и, как доказано, увеличивают спонтанную активность и имеют антидепрессивный эффект. У человека появляется больше энергии на решение своих проблем.

Питание

Психотропные вещества сами по себе не способствуют набору веса, но изменения обмена веществ и седация, вызванные определенными психотропными средствами, могут привести к снижению активности и повышенному потреблению калорий вследствие зверского аппетита. Как следствие, нередко можно наблюдать значительное увеличение жировой массы. Если это произошло, следует вместе с врачом обсудить возможные альтернативные средства, которые не вызывают таких сильных побочных действий.



Что представляет собой правильное питание? Не существует определенной формы питания, которая у всех ведет к желаемому результату. Для каждого пациента должна быть индивидуально подобрана своя форма питания.

Спорт и физическая активность

Регулярная двигательная и физическая активность должна быть неотъемлемой частью нашей жизни. Наряду с множеством физических преимуществ спорта, таких как укрепление суставов и костей, наращивание мышечной массы и тренировка сердечно-сосудистой системы, спорт также обладает доказанным положительным эффектом против депрессивного настроения. В сочетании с правильно подобранным питанием адекватно дозированный спорт является хорошим средством улучшения здоровья как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. При выборе тренировок на выносливость необходимо отдавать предпочтение щадящим суставам видам спорта, таким как плавание, езда на велосипеде, скандинавская ходьба или пешие прогулки. Интенсивность при этом менее важна. Важно регулярно заниматься физическими упражнениями, двигаться и наслаждаться природой и естественным солнечным светом. Даже занятия два раза по двадцать минут в неделю скандинавской ходьбой или пешими прогулками доказанно оказывают положительное влияние на состояние здоровья. Прежде чем начинать интенсивные тренировки, следует пройти все необходимые обследования у своего лечащего врача, чтобы своевременно распознать имеющиеся заболевания сердечно-сосудистой системы и исключить другие факторы риска. Кроме того, при занятиях спортом необходимо не забывать и об отдыхе.

Амбулаторное или стационарное лечение

В экстренных ситуациях, которые могут иметь место при биполярном расстройстве ввиду чрезмерно выраженной симптоматики, возникает необходимость стационарного лечения. Такие экстренные ситуации могут возникать в рамках тяжелых депрессий, характеризующихся суицидальностью (намерения/попытки совершения самоубийства). У пациентов с депрессиями или маниакально-депрессивными смешанными состояниями в принципе существует опасность совершения суицида. Заблуждение считать, что люди, которые об этом говорят, никогда этого не сделают. Признаками опасности совершения самоубийства являются ранние попытки суицида, самоубийства или попытки суицида у родственников, актуальные суицидальные мысли или высказывания о нежелании жить, либо планирование суицида, бредовые симптомы с необоснованным чувством вины или греха, агрессивность, беспокойство, высказывания о том, что он/она является обузой для родственников, уверенность в своей никчемности, желание покоя, социальная замкнутость, ощущение безысходности.

При суицидальности стационарное лечение чаще всего необходимо. При маниакальных симптомах, когда пациент не признает наличия болезни, также есть необходимость в госпитализации и стационарном лечении с целью снижения возбудимости. Если пациент не соглашается на стационарное лечение, несмотря на то что этого требуют назначения врача, тогда необходимо проведение стационарного лечения пациента без его согласия ввиду его опасности для самого себя или для окружающих. В таких случаях может пригодиться медицинская доверенность. Это волеизъявление пациента, составленное в период, когда он был здоров, посредством которого он предоставляет доверенным лицам полномочия принимать решения от его имени во время острой фазы заболевания, например, доверенность на предоставление медицинской помощи, управление имуществом или регулирование места жительства. В здоровый период с пациентом и его родственниками следует обсудить, к кому они могут обратиться в кризисных ситуациях. Так называемый кризисный план призван помочь как можно скорее оказать пациенту необходимую помощь в экстренной ситуации. Для этого должны быть указаны контактные лица, их номера телефонов и возможности связи (например, номера телефонов лечащего врача, скорой помощи, ближайшей специализированной больницы).

Стационарное лечение при:

- × выраженной симптоматике
- × физических травмах
- × представлении угрозы для себя и/или для окружающих
- × неэффективности амбулаторных мер
- × отсутствии лечебного эффекта и резистентности к медикаментозному лечению

АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

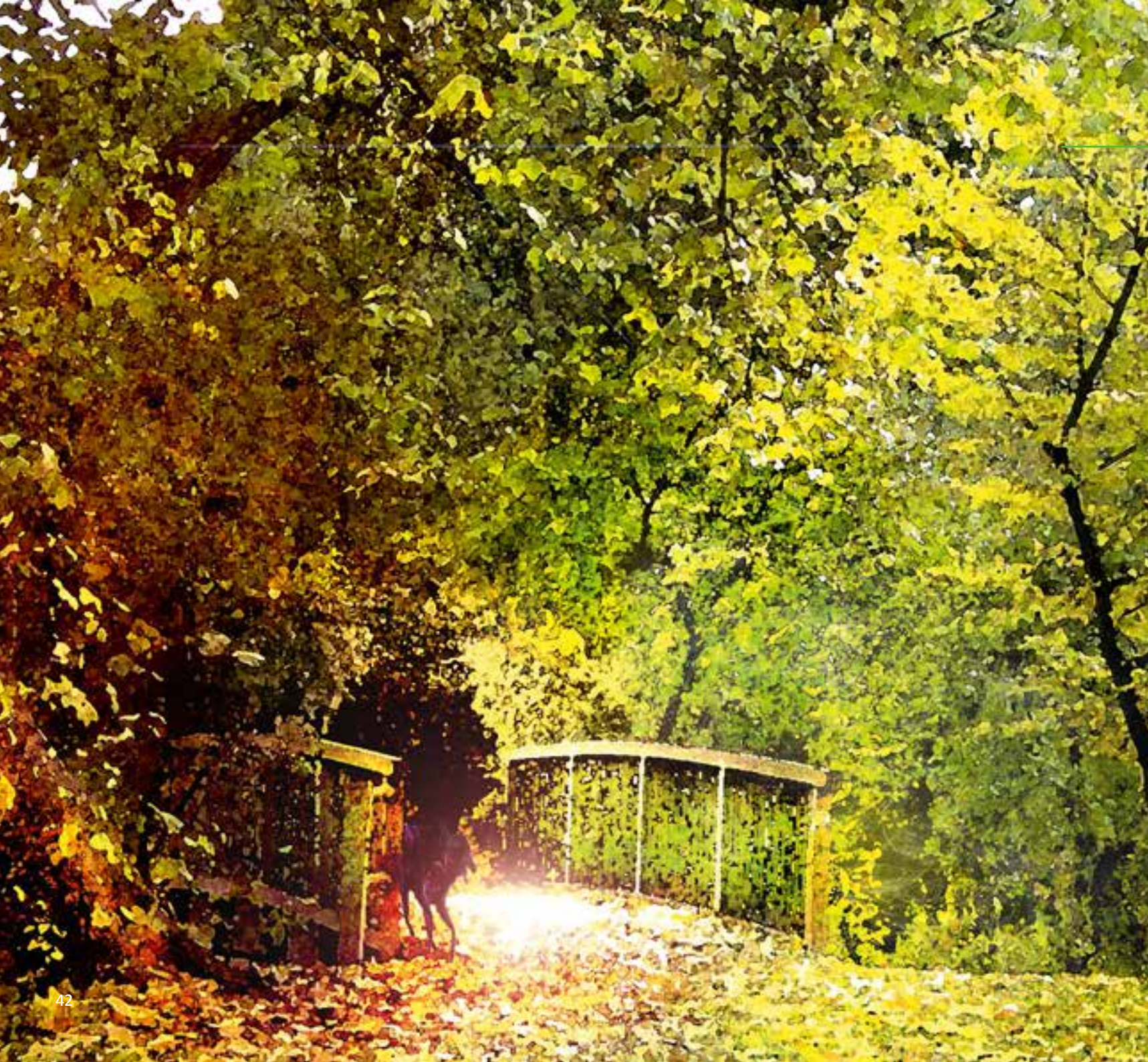
Положительное течение заболевания в решающей степени зависит от того, удалось ли пациенту и его близким перейти от пассивного «страдания» биполярным расстройством к активной и открытой жизни с этим заболеванием.

Вопреки и именно из-за разнообразных трудностей, связанных с этим заболеванием, как для пациента, так и для его родственников необходимо, чтобы все задействованные лица были в достаточной степени проинформированы о биполярном расстройстве и активно справлялись с его последствиями. Важнейшей помощью при этом являются перечисленные в разделах «Психотерапия и психообразование» возможности преодоления заболевания.

Наряду с этими психообразовательными группами, которыми чаще всего руководят профессиональные помощники, большую поддержку может оказать обмен информацией в группах самопомощи: благодаря опыту других людей, которые борются с похожими тяжелыми чувствами и проблемами, а также благодаря обмену конкретной полезной информацией по борьбе с заболеванием, пациенты и их родственники могут получить существенное облегчение (см. следующий раздел по самопомощи и триалогу). На сайте Немецкого общества биполярных расстройств (www.dgbs.de), как и на сайте Федерального союза родственников пациентов с психическими заболеваниями (www.bapk.de), указаны соответствующие адреса и контактные лица.

Поскольку психические заболевания все еще не воспринимаются обществом так, как физические, то для пациентов особенно важно получать поддержку в борьбе с ежедневными трудностями вследствие своего заболевания: сюда относится, прежде всего, отсутствие информации о заболевании и возможностях лечения, отсутствие институциональной поддержки, неблагоприятные условия в профессиональной деятельности и опыт стигматизации и предрассудков в современном обществе.

Кроме того, пациенты нуждаются в эмоциональной разгрузке: чаще всего они обременены тревогой о будущем, одиночеством и безнадежностью, чувством вины, стыда и смущения, а также чувствуют печаль из-за жизненных целей, которых больше не удастся достичь. И только когда пациенты найдут в себе мужество открыто говорить о своих чувствах и проблемах, например, благодаря примеру других пациентов в группах самопомощи, тогда они смогут ощутить поддержку.



САМОПОМОЩЬ И ТРИАЛОГ

Наряду с доверительным сотрудничеством с лечащим врачом и/или терапевтом, а также регулярным и постоянным приемом назначенных медикаментов, существуют еще и другие меры, которые могут помочь в улучшении состояния здоровья. Эти меры можно назвать ключевыми словами «самопомощь» и «помощь по самопомощи». Их общей особенностью является то, что их можно в любое время применять самостоятельно.

Движение самопомощи было создано из групп самопомощи. Группы самопомощи представляют собой на сегодняшний день центральный элемент системы самопомощи и играют важную роль в оказании помощи психически нездоровым пациентам и их родственникам. На сегодняшний день в интернете существуют и виртуальные группы самопомощи, которые созданы в форме чатов, форумов и групп в мессенджерах. Они являются важным дополнением реальных групп самопомощи и альтернативой для людей, которые не имеют возможности посещать группы самопомощи по месту жительства. Все чаще в фокус внимания групп самопомощи также попадают вопросы образа жизни, такие как здоровое питание, спорт и сон. Из-за приема медикаментов многие пациенты страдают от существенного набора веса. Изменение режима питания в совокупности со спортом может привести не только к снижению веса, но и к улучшению настроения и повышению спонтанной активности. Кроме того, изменение образа жизни может улучшить часто нарушенный сон и сыграть не последнюю роль в предупреждении вторичных заболеваний, таких как сахарный диабет.

Важно получить как можно больше информации о биполярном расстройстве и различных методах его лечения. Вместе с увеличением количества знаний о заболевании растет и понимание собственного, индивидуального течения болезни. Так, например, можно обнаружить ранее не известные методы лечения и обсудить их с лечащим врачом.

Большое значение имеет беседа с врачом и общение с родственниками, на которых возлагается ответственная роль в период острого кризиса и его преодоления. Для врача важно получить максимальное количество важной информации о состоянии здоровья пациента. Только тогда он сможет предоставить профессиональную консультацию и в индивидуальном порядке подобрать необходимые медикаменты. Плодотворная коммуникация между врачом и пациентом является залогом успешного лечения. При этом и родственники могут предоставить полезную информацию, имеющую большое значение для врача, которую сам пациент не считал важной или существенной.



Группы самопомощи

Группы самопомощи по месту жительства являются центральным элементом системы самопомощи. Они представляют собой важный координационный центр помощи и поддержки как для первичных пациентов и длительно болеющих пациентов, так и для их родственников. На сайте общества DGBS в разделе «Самопомощь» имеется список немецких групп самопомощи при биполярном расстройстве.



Для пациентов

Как правило, общение с людьми, болеющими тем же заболеванием, очень помогает пациентам. Обмен опытом с другими пациентами позволяет повысить свой уровень знаний о заболевании. Получение знаний совместно с другими и от других является центральным элементом работы групп самопомощи. Там могут обсуждаться даже самые личные и интимные темы. Встречи длятся, как правило, от 90 до 120 минут и проводятся с регулярностью от одного раза в неделю до одного раза в месяц. В среднем в группе обычно встречаются от 6 до 10 участников. Содержание обсуждений остается между участниками и не выносится за пределы группы.

В кризисной ситуации группа самопомощи может стать поддерживающим и стабилизирующим элементом, который позволит легче пережить кризис и даже сократить время пребывания в клинике. Благодаря участию в группах самопомощи завязываются новые социальные контакты, а часто и дружба. Понимание болезни благодаря участию в группах самопомощи может быть расширено. Люди, лишь недавно узнавшие о своем диагнозе «биполярное расстройство», могут получить

множество преимуществ от общения с людьми, которые уже длительное время являются участниками групп самопомощи.



Для родственников

К сожалению, роль родственников пациентов с биполярным расстройством в психиатрической повседневности не всегда оценивается по достоинству. Если заболевает партнер, сын, дочь или кто-то из родителей, родственники часто чувствуют, что им не хватает поддержки и они слишком мало вовлекаются в лечение. Психосоциальная и финансовая нагрузка, которая часто возникает в периоды мании и депрессии, часто ложится на их плечи. Сюда же добавляется и субъективно ощущаемая ответственность за больного. В такой ситуации имеет смысл и родственникам принять участие в группе самопомощи для родственников. Существуют специальные группы для родственников, в которых действуют примерно такие же правила, как и в группах для пациентов. Родственники могут научиться в группе, как обращаться с заболеванием своего партнера, ребенка или родителя и как его эффективно поддержать. Кроме того, они могут научиться проводить границы и вовремя распознавать, когда лучше отойти в сторону.



Виртуальная самопомощь

Если нет возможности посещать группу самопомощи по месту жительства или беспокоят страхи прикосновения по поводу аутизма в группе, в качестве альтернативы могут помочь предложения виртуальной самопомощи в виде дискуссионных форумов и чатов в интернете. К тому же они могут целесообразно дополнять посещение реальной

группы самопомощи. Многим людям проще говорить о личных и проблемных темах под ширмой псевдонима. Кроме того, письмо само по себе у многих имеет лечебный эффект и поддерживает саморефлексию.



Форумы

Дискуссионные форумы в интернете являются наиболее популярной формой виртуальной самопомощи. Существуют форумы самопомощи практически по всем заболеваниям. Наряду с консультацией лечащего врача, для многих пациентов и их родственников они являются важным источником информации и платформой для общения с другими пациентами и их родственниками. Благодаря анонимности возможен открытый, беспрепятственный обмен информацией. Благодаря большому количеству участников полезные ответы на вопросы появляются, как правило, уже через пару часов. Общение с пациентами и их родственниками обогащает и имеет подобный эффект, как и при посещении реальной группы самопомощи. Путем расширения знаний о болезни и стратегиях ее лечения укрепляется и самокомпетенция. Часто завязывается виртуальная дружба, которая позже может привести к реальным встречам. Использование псевдонимов позволяет избежать распространения личных данных реальных людей. Большим плюсом интернет-форумов являются знания и опыт многих участников. Даже на самые специфические вопросы можно, как правило, получить полезные ответы. В то же время можно воспользоваться огромным архивом, где на наиболее часто задаваемые вопросы уже много раз давались ответы. При участии в форумах самопомощи следует помнить, что, как и везде в интернете, здесь благодаря анонимности общение может быть более

прямым и раскованным. Поэтому в некоторых случаях могут возникать эмоционально сложные ситуации. В зависимости от способности справляться со стрессом, это может способствовать тренировке собственной конфликтостойчивости или напрягать. В таком случае рекомендуется поискать другие чаты либо на время не принимать участие в обсуждениях, пока снова не появится спокойное отношение к ситуации.



Чаты и мессенджеры

Такие чаты и мессенджеры, как Skype или ICQ, обеспечивают быструю и непосредственную коммуникацию. Чат как группа самопомощи может быть организован по классическим правилам групп самопомощи, например, встречи участников проходят один раз в неделю в определенное время. Еще есть общественные чаты, принять участие в которых может любой желающий. Участие в форумах и чатах, как правило, приводит к завязыванию общения и в личных чатах. Для этого используются такие мессенджеры, как Skype или WhatsApp. Такое общение может быть ценной поддержкой в борьбе с заболеванием.



Опасность привыкания

В целом следует помнить, что социальная жизнь не может быть полностью перенесена в виртуальный мир. Завязывать виртуальные контакты и добиваться успешных результатов в виртуальном мире намного проще, чем в реальном. Всегда следует отдавать предпочтение реальной социальной активности, а не виртуальной. Побег в виртуальные миры, даже если они кажутся реальными, не решит существующих проблем.

КАКУЮ ПОДДЕРЖКУ МОГУТ ОКАЗАТЬ РОДСТВЕННИКИ?

Многие из названных проблем пациентов беспокоят и их родственников. **Биполярные пациенты не страдают от заболевания и его последствий в одиночку, с ними вместе страдает вся семья.** Часто именно близкие родственники и замечают у своего члена семьи первые изменения вследствие заболевания и мотивируют его к походу к психиатру.

Но семья играет решающую роль не только при распознавании симптомов заболевания, но и выступает в качестве существенной опоры в течение всего процесса лечения и, в частности, помогает избегать рецидивов. Часто родственники самые первые замечают изменения в настроении и/или поведении своего заболевшего члена семьи и могут своевременно отправить его к врачу, что поможет избежать тяжелых рецидивов. При том что во время депрессивных фаз нездорового члена семьи родственники часто пытаются противодействовать его социальному отстранению своим усиленным присутствием и вниманием, маниакальные эпизоды по своему доводят родственников до нервного предела. При этом важно, чтобы родственники осознавали, что и вербальная критика, и даже физические нападения их нездорового члена семьи являются симптомами его заболевания и не должны приводить к личным обидам. Особенно тяжело приходится родственникам, когда ввиду создания пациентом опасности как для себя, так и для окружающих они вынуждены информировать об этом лечащего врача и госпитализировать пациента против его воли. В целях облегчения таких исключительных ситуаций очень полезно в периоды ремиссии совместно составить кризисный план. В этом кризисном плане фиксируется информация о том, какие ранние сигналы наблюдались во время прошлых маниакальных/депрессивных эпизодов, в какой клинике и у какого врача пациент хотел бы пройти лечение во время следующего кризиса, какие медикаменты в прошлых эпизодах помогли, какие нет, и что должна сделать семья при повторном маниакальном эпизоде.

Кроме того, семья может существенно помочь снять чрезмерный стресс у пациента, который доказанно может выступать одним из триггеров нового эпизода болезни. Возможными стрессовыми факторами могут быть затяжные семейные проблемы и сложности в общении друг с другом, а также нарушения ритма сна и бодрствования и отсутствие распорядка дня. Родственники могут помочь своему нездоровому члену семьи в соблюдении режима ночного сна и достижении баланса между периодами дневной активности и фазами отдыха. Для пациента может быть слишком большой нагрузкой как чрезмерная опека и освобождение от всех домашних дел, так и чрезмерная загрузка домашними делами. А родственников, в свою очередь, беспокоит вопрос о том, не может или не хочет их нездоровый член семьи выполнять определенные задачи («больной или плохой»). В таких случаях может помочь только открытый и честный разговор друг с другом о беспокоящих моментах. Кроме того, родственники должны заботиться и о себе, понимать границы своих возможностей и время от времени баловать себя, не испытывая при этом чувство вины. Только тот, кто заботится о себе, может позаботиться и о других и стать надежной опорой для пациента.



ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ СО СТОРОНЫ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

✓ Владение информацией о депрессивных и маниакальных симптомах ✓ Раннее распознавание индивидуальных сигналов-предвестников ✓ Мотивация к получению лечения со стороны врача-специалиста ✓ Поддержка в соблюдении терапевтического плана ✓ Сокращение внутрисемейных стрессовых факторов ✓ Поддержка сбалансированной дневной активности и регулярного ночного сна ✓ Мотивация к социальной коммуникации ✓ Поддержка в (принятой) открытой борьбе с болезнью ✓ Оказание помощи пациентам в острой фазе заболевания ✓ Обсуждение и соблюдение кризисного плана ✓ Осторожность в отношении употребления наркотиков (алкоголь, другие наркотические вещества и т.д.)

ДЕТИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Дети психически нездоровых людей ввиду их естественной зависимости больше всего из всех родственников подвержены негативному влиянию, и тем не менее им не уделяется должное внимание ни на профессиональном, ни на общественном уровне.

Дети пациентов с биполярным расстройством могут подвергаться разнообразным психосоциальным нагрузкам:

- Стрдание от измененного поведения родителя вследствие заболевания, проявления которого могут варьироваться от игнорирования потребностей ребенка, резких перепадов то привязанности/любви, то отторжения со стороны больного родителя, вплоть до вовлечения ребенка в бредовую систему или рискованное поведение больного родителя.
- Страхи о больной матери/больном отце, страх перед больным родителем, страх перед будущим (родителя и собственным), страх заболеть самому, страх передачи болезни своим детям (вплоть до отказа иметь детей), экзистенциальные страхи по поводу низкого семейного дохода
- Единоличная ответственность, взятие на себя сложных, не соответствующих возрасту задач/ответственности за больного родителя или за младших братьев/сестер (парентификация)
- Чувство вины и стыда, беспомощность и безысходность, отчаяние и одиночество, которые ввиду семейных «правил секретности» («заболевание не касается никого, кроме членов семьи») еще больше усиливаются и приводят к социальной замкнутости
- (Травмирующий?) опыт потерь, например, при неотложных госпитализациях
- Опыт дискриминации и стигматизации
- Ввиду этих многообразных стрессовых факторов могут возникать различные психосоматические жалобы на головные боли, боли в животе, нарушения концентрации в школе.

Поэтому дети биполярных родителей нуждаются в разнообразной и низкопороговой помощи. Чтобы дети могли ощутить поддержку, для начала родители должны владеть необходимой информацией и быть уверены в том, что у них не «заберут» ребенка, а наоборот помогут совместно найти вариант наилучшей поддержки для ребенка. Дети очень чувствительны к изменениям в поведении родителей и обладают живой фантазией по поводу причин этих изменений. Поэтому им необходимо (неоднократное) подтверждение того, что это не они своим поведением спровоцировали заболевание родителя. Детям следует на понятном для них языке рассказать о заболевании родителя. Им нужны советы по общению с больным родителем и помощь в борьбе со стигматизацией со стороны сверстников. Они нуждаются в разрешении «снова быть детьми» и возможности передать свою ответственность профессионалам.

Особенно в тех случаях, когда больной родитель воспитывает ребенка в одиночку, при острых фазах заболевания рядом с ребенком должен быть каждый раз один и тот же знакомый ему человек («шефство»). Через общение с другими детьми психически нездоровых родителей дети могут обрести больше уверенности в себе и более открыто воспринимать заболевание. Много полезной информации содержится на сайте Федерального союза «Дети психически нездоровых родителей» (www.bag-kipe.de).

Основной целью является помощь детям в обретении стабильности и доверия, несмотря на заболевание родителя. Для этого дети биполярных родителей, так же как и все дети, обязательно должны чувствовать любовь родителей, даже если больной родитель во время острых фаз заболевания не всегда может ее адекватно выразить.

Защитные факторы для детей	
ВНЕШНЯЯ СРЕДА	ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ Выносливость ребенка
<ul style="list-style-type: none">• Поддержка ребенка другими членами семьи (например, бабушкой и дедушкой)• Постоянное место жительства• Стабильные отношения в семье и в кругу друзей• Поддержка со стороны врачей учителей	<ul style="list-style-type: none">• Уравновешенный темперамент• Общительность• Коммуникабельность• Физическая активность• Адекватная уверенность в себе• Способность решать проблемы• Хорошая способность реализации своих намерений• Собственные интересы



РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

СПРАВОЧНИКИ

Петер Бройниг (Peter Bräunig)

*Жизнь с биполярным расстройством
(Leben mit Bipolaren Störungen)*

Издательство: Trias | Переработанное издание 2018 г.

Моника Рамирес Баско (Monica Ramirez Basco)

*Мания и депрессия –
самопомощь при биполярных расстройствах
(Manie und Depression – Selbsthilfe bei Bipolaren Störungen)*

Издательство: Balance Buch + Medien | Переработанное
издание 2017 г.

Даниэль Илли (Daniel Illy)

*Руководство по биполярным расстройствам:
помощь в повседневной жизни
(Ratgeber Bipolare Störungen: Hilfe für den Alltag)*

Издательство: Urban & Fischer | 2016 г.

Янине Берг-Пееп (Janine Berg-Peer)

*Жертвование собой – не выход: мужество для большего
спокойствия родителей психически больных детей
(Aufopfern ist keine Lösung: Mut zu mehr Gelassenheit für Eltern
psychisch erkrankter Kinder)*

Издательство: Kösel | 2015 г.

Кандида Финк и Йозеф Крайнак (Candida Fink & Joseph Kraynak)

*Маниакально-депрессивный психоз для чайников
(Manisch-depressiv für Dummies)*

Издательство: Wiley VCH | 2009 г.

Томас Бок (Thomas Bock)

*Эмоциональные американские горки: как научиться жить с
манией и депрессией (Achterbahn der Gefühle: Mit Manie und
Depression leben lernen)*

Издательство: Balance Buch + Medien | 2007 г.

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЕ КНИГИ

Михаэль Бауэр (ответственный редактор) (Michael Bauer)

*Руководящие принципы S3 по диагностике и лечению
биполярных расстройств (S3-Leitlinie Diagnostik und
Therapie Bipolarer Störungen)*

Издательство: Springer | 2013 (в переработанном виде)

БИОГРАФИИ И РОМАНЫ

Томас Мелле (Thomas Melle)

Мир за спиной (Die Welt im Rücken)

Издательство: Rowohlt Berlin | 2016 г.

Кей Редфилд Джеймисон (Kay Redfield Jamison)

*Моя беспокойная душа: история одного биполярного
расстройства (Meine ruhelose Seele: Die Geschichte einer
Bipolaren Störung)*

Verlag: mvg | Переиздание 2014 г.

Себастьян Шлёссер (Sebastian Schlösser)

*Дорогой Матц, твой папа с приветом: письма отца о
времени, проведенном в психиатрической клинике
(Lieber Matz, dein Papa hat 'ne Meise: Ein Vater schreibt Briefe
über seine Zeit in der Psychiatrie)*

Издательство: Ullstein | 2012 г.



Подробный список справочников и специализированной
литературы можно найти на нашем сайте:

www.dgbs.de



АДРЕСА

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

Почтовый адрес секретариата:
DGBS · Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M

Тел.: +49 (0) 69 / 630 184 398

Эл. почта: info@dgb.de
Интернет: www.dgb.de

Телефон горячей линии для пациентов, их
родственников и медицинских специалистов:
0800 / 55 33 33 55

Понедельник с 10:00 до 13:00
Вторник с 14:00 до 17:00
Среда с 15:00 до 18:00
Четверг с 17:00 до 20:00
Пятница с 10:00 до 13:00

Семейная самопомощь (Федеральный союз родственников пациентов с психическими заболеваниями, ВАРК)

Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn
Тел.: +49 (0) 228 / 710 024 00
Эл. почта: bapk@psychiatrie.de
Интернет: www.bapk.de

Федеральный союз «Дети психически нездоровых родителей»

Эл. почта: kontakt@bag-kipe.de
Интернет: www.bag-kipe.de

Адреса групп самопомощи для людей с биполярным расстройством и их родственников:

на сайте Немецкого общества биполярных
расстройств www.dgbs.de
Телефон: +49 (0) 69 / 630 184 398

Национальный контактный и информационный центр по созданию и поддержке групп самопомощи (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115 · 10585 Berlin
Тел.: +49 (0) 30 / 31 01 89 60
Эл. почта: selbsthilfe@nakos.de
Интернет: www.nakos.de

ЦЕЛИ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА DGBS

Главная задача нашей деятельности состоит в том, чтобы поддержать людей с биполярным расстройством и их родственников. Благодаря существующему триалогическому подходу в деятельности объединений мы хотим поддержать не только систему самопомощи, но и научное изучение клинической картины и вместе с этим повысить внимание, понимание и принятие биполярного расстройства в обществе и политике.

- 1999

▶

Создание специализированного общества в рамках 3-й Международной конференции по вопросам биполярного расстройства, Питтсбург/США
- 2000

▶

Открытие в качестве триалогического общества для профессионалов, пациентов и их родственников
- 2001

▶

Интернет-сайт www.dgbs.de

▶

1-е ежегодное собрание общества DGBS в г. Фрайбург-им-Брайсгау

2002

▶

Интернет-форум для пациентов и их родственников: www.bipolar-forum.de

▶

Издание первой белой книги по биполярному расстройству в Германии

2003

▶

Поддержка развития электронного дневника пациента

▶

Старт серии изданий общества DGBS

2004

▶

Основание сети самопомощи при биполярном расстройстве (BSNe), объединение групп самопомощи по всей территории ФРГ

2005

▶

Издание членского журнала InBalance

▶

Основание «Рабочей группы молодых ученых DGBS»

2006

▶

Старт семинаров по повышению квалификации для врачей отделений амбулаторной психиатрии

▶

Первый фильм общества DGBS: «Полюса Сатурна – жизнь между манией и депрессией» (нем. „Die Pole des Saturn - Leben zwischen Manie und Depression“)

▶

Белая книга «Биполярное расстройство в Германии», 2-е переработанное издание

▶

1-й семинар для родственников биполярных пациентов

2007

▶

1-й день борьбы с биполярным расстройством, 8 мая 2007 года, Французский собор, Берлин

▶

Основание фонда по поддержке пациентов с биполярным расстройством IN BALANCE актрисой Элеоноре Вайсгербер

▶

Представление фонда в программе «Йоханнес Б. Кернер» на канале ZDF

2008

▶

Начало разработки руководящих принципов диагностики и лечения биполярного расстройства в сотрудничестве с Немецким обществом психиатрии, психотерапии и неврологии (DGPPN)

2009

▶

Изменения устава: укрепление самопомощи как цель общества

▶

Основание рабочей группы «Самопомощь пациентам»

▶

Анализ результатов в рамках руководящих принципов S3 по исследованию актуальной ситуации обслуживания биполярных пациентов в Германии

2010

▶

10-е ежегодное юбилейное заседание общества DGBS в г. Фридрихсхафен / Бодензее

▶

Расширение спектра услуг (например, создание горячей линии для пациентов и их родственников, новостная рассылка)

2011

▶

Повторный выпуск членского журнала InBalance

▶

Новый дизайн веб-сайта

▶

Расширение спектра услуг по телефонным консультациям пациентов и их родственников волонтерами

2012

▶

Онлайн-публикация руководящих принципов S3 на сайте www.leitlinie-bipolar.de

▶

Разработка новой DGBS-брошюры для пациентов; при поддержке Федерального министерства здравоохранения

▶

Первые шаги на пути к созданию общенациональной сети самопомощи на уровне федеральных земель на базе BSNe

2013

▶

Публикация руководящих принципов S3 в форме книги (издательство Springer)

▶

Брошюра DGBS для семейных врачей

▶

Немецкое общество биполярных расстройств становится ассоциированным членом Международного общества биполярных расстройств (ISBD)

▶

Вручение первого знака качества DGBS психиатрической клинике Дортмунда LWL-Klinik Dortmund

▶

Создание рабочей группы родственников пациентов

2014

▶

Награждение обществом DGBS других образцовых клиник и рекомендация их услуг пациентам с биполярным расстройством

▶

Представление обществом DGBS своей триалогической концепции на конгрессе Международного общества биполярных расстройств в Сеуле, Южная Корея

▶

Выездные биполярные презентации, организованные DGBS в восьми немецких городах, призваны посредством культурной программы привлечь внимание к заболеванию

▶

Первое вручение награды Аретея (Aretäus-Preis)

▶

Создание подразделений DGBS на базе рабочих групп

2015

▶

15-е ежегодное юбилейное заседание общества DGBS в г. Эссен

▶

Новая концепция ежегодного заседания: разделение на два параллельных мероприятия с множеством точек пересечения

▶

Введение проекта «Учебный центр самопомощи»: обучающие семинары для руководителей групп самопомощи

▶

Благодаря волонтерской помощи телефон горячей линии теперь доступен пять дней в неделю

▶

Количество статей в интернете превысило 500 000

2016

▶

Переезд офиса во Франкфурт-на-Майне

▶

Продолжение серии семинаров для родственников и участников групп самопомощи

▶

Участие в конгрессе Международного общества биполярных расстройств в Амстердаме

2017

▶

Обновление руководящих принципов S3 по биполярным расстройствам

▶

Продолжение серии мероприятий «Выездные биполярные презентации»

54

55

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ О...

... нашем **веб-сайте www.dgbs.de**, где содержится самая обширная информация о биполярном расстройстве в немецкоязычном интернете?

... нашем **телефоне горячей линии**? Пять дней в неделю вы можете связаться с нами по номеру телефона 0800 55 33 33 55.
Точное время работы указано на нашем сайте.

... наших **консультациях по электронной почте**? Вы можете связаться с нами по электронной почте info@dgbs.de.

... наших семинарах для **родственников пациентов**? Эти семинары общенационального масштаба очень популярны. Информацию о ближайших семинарах можно получить на нашем сайте.

... нашем **психообразовательном сайте www.ratgeber-bipolar.de**? Здесь вы получите информацию по всем аспектам заболевания. Легко, понятно и доступно.

... нашем **интернет-форуме по самопомощи www.bipolar-forum.de**
Общайтесь и обменивайтесь опытом с другими пациентами, их родственниками и просто интересующимися людьми.

... нашем **членском журнале InBalance?** Люди, не являющиеся членами общества, могут приобрести наш журнал за символическую плату. Достаточно написать электронное письмо на адрес info@dgbs.de

... наших **брошюрах и проспектах?** Брошюру для пациентов и их родственников, брошюру DGBS для семейных врачей, а также брошюру по сбору пожертвований, как и наши проспекты и информационные материалы, можно скачать на нашем сайте.

... нашей **акции «Креативность DGBS»?** В специальном разделе на нашем сайте наши креативные биполярные пациенты представляют свое творчество.

... нашем анти-стигма-проекте **Выездные биполярные презентации?** Подробная информация на сайте www.bipolar-roadshow.de

... нашей **новостной рассылке**, благодаря которой вы всегда будете в курсе новостей DGBS и актуальной информации по биполярному расстройству?
Подписаться на рассылку можно на нашем сайте **www.dgbs.de**

... о нашем проекте **Учебный центр самопомощи?** Обучающие семинары для руководителей групп самопомощи в борьбе с биполярным расстройством проводятся дважды в год. Подробная информация об актуальных мероприятиях на нашем сайте.

... наших **пакетах поддержки групп самопомощи**? Члены DGBS за небольшую плату могут заказать у нас стартовый пакет для создания новых групп самопомощи и базовый пакет для поддержки уже существующих групп самопомощи биполярным пациентам.

Настоящим я подаю заявку на членство в обществе DGBS. Являясь членом общества DGBS, вы всегда будете владеть актуальной информацией, бесплатно получать членский журнал InBalance и оплачивать участие в мероприятиях DGBS по льготному тарифу. Таким образом вы поддержите нашу деятельность по удовлетворению потребностей и интересов людей с биполярным расстройством и их родственников.

☐ **Стать членом общества** Годовой членский взнос:

60,00 евро – стабильный членский взнос
Для всех, кому важно, чтобы общество DGBS развивалось стабильно, амбициозно и независимо

☐ **20,00 евро – льготный членский взнос**
Для школьников, студентов и людей, получающих базовое материальное обеспечение, прожиточный минимум или пособие по безработице; требуется письменное подтверждение

☐ 40,00 евро – стандартный членский взнос

Конечно, мы надеемся, что многие члены общества выберут Стабильный членский взнос. На собрании членов общества каждый участник имеет право голоса.

* Поле, обязательное для заполнения!

Ученая степень / Имя / Фамилия *

Клиника / Врачебная практика

Улица *

Индекс / Город / Страна *

Телефон / Факс

Электронная почта *

Заполняется по желанию: Я ☐ пациент(ка) ☐ родственник(ца) пациента(ки) ☐ профессиональный врач ☐ мне интересна эта тема

Выдача постоянного поручения на совершение платежей посредством SEPA: Настоящим уполномочиваю Немецкое общество биполярных расстройств DGBS взимать платежи путем прямого списания с моего счета, указанного ниже. В то же время я поручаю своему банку выполнять операции по списанию средств с моего счета, осуществляемые DGBS. **Примечание:** Я могу потребовать возмещения занесенной в дебет суммы в течение восьми недель, начиная с даты дебета. При этом действуют условия, согласованные с моим банком.

Владелец счета

IBAN

BIC

Дата

Подпись

Просьба отправить по адресу:
DGBS, Klinik für Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main

КРЕАТИВНАЯ СТОРОНА БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

В данной брошюре собраны работы художников и фотографов с биполярным расстройством:

Дитмар Рюсс | 55171 (стр. 01-02), 65398 (стр. 19),

«Осень в Барнсторфском лесу» (стр. 28),

«Деревянные столбы в тумане у мыса Аркона» (стр. 30),

«Утренний туман на реке Варно» (стр. 31)

Мартин Кольбе | «Динамика» (стр. 04), «Разрез» (стр. 08-09),

«Голубой взрыв» (стр. 22-23)

Мартин Кольбе | «Птицы на озере» (стр. 06), «Приятного аппетита» (стр. 38-39),

«Мост» (стр. 42-43)

Флоретте Хилл | «Болото» (стр. 10-11), «Держи меня крепко» (стр. 52)

Франци Ланге | «Идти ко дну» (стр. 12), «Беспомощность» (стр. 13),

«Комната в городе» (стр. 14), «Книжный лес» (стр. 50)

Хольгер Рудольф | «Снежное чудовище» (стр. 16)

Ивонн Лаутеншлегер | «Вегетарианское танго» (стр. 18),

«Автобиография» (стр. 26), «2 сестры № 2» (стр. 47),

«Автомат с жевательными резинками» (А) (стр. 51),

«Овощное спа» (стр. 59)

Рамона Фрайтаг | «Всплеск» (стр. 20-21),

«Эскалатор на ж/д вокзале в Берлине» (стр. 32)

Андреас Розенбергер | 7x7x7 (7) (стр. 36-37)

В разделе «Креативность DGBS» на нашем сайте www.dgbs.de можно найти и другие работы творческих людей с биполярным расстройством в таких жанрах, как живопись, рисование и коллаж, а также фотографии, лирику, короткие рассказы, музыку и видео.



Gefördert durch:



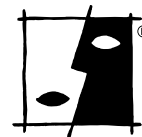
Bundesministerium
für Gesundheit

При поддержке:
Федерального министерства
здравоохранения
на основании решения Бундестага
Германии

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.



ВО ВЛАСТИ ПЕРЕМЕНЧИВЫХ ЭМОЦИЙ – МАНИЯ И ДЕПРЕССИЯ БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО

Любому человеку знакомы моменты печали, подавленности и отсутствия жизнерадостности. Переходы от таких «нормальных» колебаний настроения к требующему лечения заболеванию часто расплывчаты. Биполярное расстройство, ранее известное как маниакально-депрессивный психоз, представляет собой протекающее в форме эпизодов заболевание с выраженными перепадами настроения и значительным негативным влиянием на качество жизни.

Данный справочник доступным языком рассказывает о различных картинах проявления депрессии и мании. В нем поясняется, как можно распознать это заболевание и как оно протекает. Здесь описывается медикаментозное и психотерапевтическое лечение, применяемое при биполярном расстройстве. Данный справочник предназначен для пациентов и их родственников в качестве первичной базовой информации. Издателем является Немецкое общество биполярных расстройств (DGBS), некоммерческое объединение, важнейшей целью которого является привлечение внимания к потребностям людей с биполярным расстройством в обществе и политике, а также оказание поддержки в области самопомощи и повышения квалификации.

АВТОРЫ

Приват-доцент, доктор философских наук Рита Бауэр Дипломированный психолог, дипломированный теолог, психологический психотерапевт (поведенческая терапия), Клиника и поликлиника психиатрии и психотерапии, Университетская клиника им. Карла Густава Каруса, Технический университет Дрездена

Профессор, доктор медицинских наук, доктор естественных наук Михаэль Бауэр Директор Клиники и поликлиники психиатрии и психотерапии, Университетская клиника им. Карла Густава Каруса, Технический университет Дрездена, ранее 1-й председатель Немецкого общества биполярных расстройств

Доктор медицинских наук Ульрике Шэфер Врач-специалист в области детской и подростковой психиатрии, неврологии и психиатрии, психотерапии, г. Гёттинген

Фолькер Мельфельд Бывший представитель пациентов в правлении Немецкого общества биполярных расстройств, г. Берлин

Мартин Кольбе Музыкант, представитель пациентов в правлении Немецкого общества биполярных расстройств, г. Цюрих